



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Andrea Évora

Ilóidy Fortes

A importância da Educação para a Saúde Oral nos adolescentes nas escolas
secundárias do concelho de São Vicente

2013

Mindelo, 15 de Novembro de 2013

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

Discentes:

Andrea Évora

Ilóidy Fortes

A importância da Educação para a Saúde Oral nos adolescentes nas escolas
secundárias do concelho de São Vicente

Docente orientadora: Sahida- Alina do Rosário

Mindelo, 15 de Novembro de 2013

Resumo

A cárie dentária afecta a população mundial e é o responsável pela dor e perda dos dentes. Prevalece nas crianças que frequentam o pré-escolar, o ensino básico e nos adolescentes do ensino secundário e tem implicações no bem-estar individual e social dos afectados.

A pesquisa que desenvolvemos cuja pergunta de partida é: como o enfermeiro pode intervir no sentido de melhorar a saúde oral dos adolescentes? E o título *A importância da Educação para a Saúde Oral nos adolescentes nas escolas secundárias do concelho de São Vicente*, é de carácter quantitativo, uma vez que recolhemos uma amostra constituída por 80 alunos do 7ºano e 80 alunos do 11ºano das escolas secundárias da ilha de São Vicente, através de um inquérito por questionário fechado, tendo em conta três dimensões: a caracterização do aluno; as questões relacionadas com os hábitos de higiene oral e com os hábitos alimentares, e depois foram realizadas sessões de Educação para a Saúde (EpS), para proporcionar conhecimentos sobre a saúde oral, sensibilizar os alunos sobre os problemas orais e apostar na prevenção. Posteriormente examinamos os dados numericamente, através das estatísticas.

Paralelamente o processo de recolha e tratamento de dados remete para um estudo de carácter qualitativo, por termos feito observações dentro e fora das escolas, conversado com os membros do corpo directivo e por causa de toda a reestruturação que foi sendo feita enquanto desenvolvíamos esta pesquisa,

Relativamente à análise dos dados, a maioria dos alunos inquiridos, revelaram ter comportamentos e hábitos de saúde oral adequados. Uma minoria, tanto no 7º como no 11º anos afirmou não ter cárie dentária. Porém, a maioria já teve ou tem sangramento durante a escovagem dos dentes e também dores nos dentes. A percentagem desses sintomas não corresponde à percentagem da cárie dentária, o que denuncia discordâncias entre algumas respostas. Neste sentido, alertamos que este indicador deve ser tido em conta em futuros trabalhos de intervenção a serem realizados na comunidade estudantil para que possa ser feita uma observação da cavidade oral e assim clarificá-lo.

Palavras-chaves: saúde oral; cárie dentária; prevenção; educação para a saúde.

Abstract

Tooth decay affects the world's population and is responsible for the pain and loss of teeth. Prevalent in children attending pre-school, primary and secondary education in adolescents and has implications for the well-being of the affected individual and social.

The research developed whose starting question is: how nurses can intervene to improve the oral health of adolescents? And the title *The Importance of Health Education Oral adolescents in secondary schools in the municipality of São Vicente*, is a quantitative, since we collect a sample of 80 students from Year 7 and 80 students of year 11 of secondary schools on the island of São Vicente, through a questionnaire survey closed, taking into account three dimensions: the characterization of the student; issues related to oral hygiene and dietary habits, and then were held sessions Health Education (HE) to provide knowledge about oral health awareness among students about oral problems and focus on prevention. Subsequently examine the data numerically, through the statistics.

Alongside the process of collecting and processing data refers to a study of a qualitative nature, because we made observations in and out of schools, talked with members of the governing body and because of all the restructuring that was being made as we developed this research,

Regarding the analysis of the data, the majority of students surveyed reported having behaviors and oral health habits appropriate. A minority in both the 7th and the 11th year claimed to have no tooth decay. However, most have had or have bleeding during brushing of teeth and also pain in the teeth. The percentage of these symptoms does not correspond to the percentage of dental caries, which denounces disagreements among some answers. Therefore, we caution that this indicator should be considered in future intervention studies to be conducted in the student community so that it can be made a note of the oral cavity and thus to clarify it.

Keywords: oral health, dental caries prevention, health education.

Dedicatória

Este trabalho é dedicado à minha família principalmente à minha mãe Isabel, ao meu pai João, à minha irmã Ieda, ao meu irmão Déry e ao meu namorado Hermes, que tanto me ajudaram e estiveram presentes sempre na minha vida. Também dedico-o a toda as pessoas que me são especiais por me apoiaram e por terem estado sempre ao meu lado encorajando-me a continuar, confortando-me no desânimo para que não desistisse porque acreditam nas minhas capacidades.

Andrea Évora

Dedico o meu trabalho à minha família, principalmente aos meus pais (Silvestra e António); à minha avó Maria; ao meu avô Armando Fortes (que já não pertence a este mundo, mas que continua vivo dentro do meu coração); ao meu tio Jaime Fortes; aos meus irmãos (Debeis; Janine; Fredilson; Vânia e José); à minha prima Lisiane; ao meu Primo Armando; e ao meu namorado Anderson, que acreditaram e acreditam no meu potencial. Com a sua entrega assistem a realização de um dos meus sonhos e sinto a força e o poder do grande amor que têm por mim. Dedico este fruto do meu investimento pessoal a cada um de vocês como prova do carinho que nutro por vocês, da admiração e da minha eterna gratidão.

Ilóidy Fortes

Agradecimentos

Para que fosse possível chegar nesta etapa das nossas vidas, tivemos a ajuda, o carinho e a compreensão de várias pessoas. Em primeiro lugar queremos agradecer as nossas famílias, que nos apoiaram de forma incondicional.

Agradecemos também:

A nossa Orientadora Sahida-Alina do Rosário;

O Sr. Jaime Fortes;

A Dra. Suzana;

Os Directores das escolas secundárias da ilha de São Vicente;

O Sr. Nilton Rocha, Subdirector Administrativo e Financeiro da escola secundária José Augusto Pinto;

A Sr^a. Sandra Moreira, Subdirectora Pedagógica da escola secundária José Augusto Pinto;

O professor Osvaldo Rocha e a professora Arlinda Fonseca da escola secundária José Augusto Pinto;

O António Fidalgo, Subdirector para os Assuntos Sociais e Comunitários da escola secundária Jorge Barbosa;

A Sr^a Gilda Fortes, Subdirectora Pedagógica da Via Técnica da Escola Industrial e Comercial do Mindelo;

A Sr^a Maria dos Reis, Subdirectora Pedagógica da Via Geral da Escola Industrial e Comercial do Mindelo;

A Sr^a Irasónia, Subdirectora Pedagógica do Liceu Ludgero Lima.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DOS GRÁFICOS	9
Introdução.....	1
CAPÍTULO I – A problemática e o enquadramento teórico.....	3
1. A Problemática	3
2. Enquadramento teórico	7
2.1 Educação para a Saúde	7
2.2 Educação para a Saúde no meio escolar.....	10
2.3 O enfermeiro como educador.....	13
2.4 A Saúde oral	14
2.4.1 Patologias orais	15
2.4.1.1 Medidas Preventivas da cárie dentária.....	18
CAPÍTULO II – Metodologia: procedimentos, apresentação de resultados e a sua interpretação	21
1. Procedimentos metodológicos	21
2. Procedimentos éticos de uma investigação em enfermagem	23
3. Instrumento de recolha de dados	25
4. Identificação e caracterização da População/Amostra e do Campo Empírico	27
5. Processo de enfermagem na comunidade escolar	30
PROPOSTA.....	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ÍNDICE DE ANEXOS	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cárie dentária.....	17
Figura 2: Fases da escovagem dos dentes	19

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade dos inquiridos	30
Gráfico 2: Sexo	30
Gráfico 3: Zonas dos inquiridos	31
Gráfico 4: Frequência da higiene diária	31
Gráfico 5: Quem controla a higiene oral.....	31
Gráfico 6: Quando a higiene oral é feita	32
Gráfico 7: Tempo de escovagem dos dentes	32
Gráfico 8: Uso de fio dental.....	32
Gráfico 9: Visitas ao dentista	32
Gráfico 10: Tempo da última visita ao dentista	33
Gráfico 11: Mudanças de escovas de dentes.....	33
Gráfico 12: Período de trocas de escovas de dentes.....	33
Gráfico 13: Uso de escovas de dentes de outras pessoas	33
Gráfico 14: Quando.....	34
Gráfico 15: Dores nos dentes	34
Gráfico 16: Sangramento ao escovar os dentes.....	34
Gráfico 17: Cárie dentária.....	34
Gráfico 18: Consumo na cantina escolar.....	35
Gráfico 19: Alimentos consumidos nos intervalos	35
Gráfico 20: Gostos pelas pastilhas elásticas; “xupa-xupa” e rebuçados	36
Gráfico 21: Frequência do consumo	35
Gráfico 22: Nº de refeições/dia realizadas em casa	35
Gráfico 23: Refeições realizadas em casa.....	36
Gráfico 24: Nº refeições/dia realizadas na rua	36
Gráfico 25: Preferência da temperatura dos líquidos	36
Gráfico 26: Preferência pelos sumos.....	36
Gráfico 27: Preferência pelas refeições.....	37
Gráfico 28: Mistura de alimentos quentes/frios	37
Gráfico 29: Idade	37
Gráfico 30: Sexo	37
Gráfico 31: Zonas dos inquiridos	38
Gráfico 32: Frequência da higiene oral/dia.....	38
Gráfico 33: Quem controla a higiene oral.....	38
Gráfico 34: Quando a higiene oral é feita	39

Gráfico 35: Duração da escovagem dos dentes.....	39
Gráfico 36: Uso do fio dental.....	39
Gráfico 37: Visitas ao dentista	39
Gráfico 38: Última visita ao dentista	40
Gráfico 39: Período de troca de escovas	40
Gráfico 40: Uso de escovas de dentes de outras pessoas	40
Gráfico 41: Dores nos dentes	40
Gráfico 42: Sangramento ao escovar os dentes.....	41
Gráfico 43: Cárie dentária.....	41
Gráfico 44: Consumo na cantina escolar.....	41
Gráfico 45: Alimentos consumidos nos intervalos	41
Gráfico 46: Gostos pelas elásticas, “xupa-xupa” e rebuçados	42
Gráfico 47: Frequência do consumo	42
Gráfico 48: Nº de refeições/dia realizadas em casa	42
Gráfico 49: Refeições realizadas em casa.....	42
Gráfico 50: Nº de refeições/dia realizadas na rua	43
Gráfico 51: Refeições/dia realizadas na rua.....	43
Gráfico 52: Preferência da temperatura dos líquidos	43
Gráfico 53: Preferência pelos sumos.....	43
Gráfico 54: Preferência pelas refeições.....	44
Gráfico 55: Mistura de alimentos quentes/frios	44
Gráfico 56: Quando misturam os alimentos.....	44

Introdução

A realização de um trabalho sobre saúde oral surgiu-nos no âmbito da realização do nosso trabalho de conclusão do curso de Licenciatura em Enfermagem. Propusemo-nos a conhecer as atitudes e os comportamentos dos adolescentes, da ilha de São Vicente, em relação à saúde oral individual, dar a conhecer a intervenção do enfermeiro no meio escolar para sensibilizar os alunos sobre este tema.

Tendo em conta que os adolescentes se encontram nas escolas, desenvolvemos a nossa pesquisa nas cinco escolas secundárias do concelho. Ora, a escola desempenha um papel fundamental na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a prevenção da doença e com a promoção da saúde. A escola deverá ser a zona de confluência, uma instituição que forma e informa toda a comunidade educativa.

Consideramos que a saúde é uma prioridade para o indivíduo e, de um modo geral, todos nós, desde muito cedo, estamos susceptíveis às doenças do foro oral. Nesta mesma linha, citamos Sheiham (2005: 644) que considera que:

As doenças orais são doenças crónicas muito comuns e constituem problemas importantes de saúde pública devido à sua elevada prevalência. Tendo em conta o facto de serem doenças de etiologia multifactorial, com factores concorrentes de natureza cultural, social, biológica e ambiental, tornam-se de difícil análise e avaliação.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde “as doenças orais têm um impacto considerável nos indivíduos e nas comunidades pela dor e sofrimento que causam, levando à redução da função e da qualidade de vida” (OMS, 2003). Já Kawamura (1997:360) defende que “os conceitos de saúde e saúde oral são conceitos altamente individualizados e abstractos sendo a sua percepção fortemente influenciada pela experiência individual e cultural”. Deste modo, as atitudes dos indivíduos face à sua saúde oral e as atitudes dos profissionais determinam a condição da saúde oral da população. Assim, no entender de Navarro et al. (2005:27) “pode-se afirmar que os conhecimentos e os comportamentos adequados de saúde oral têm importância no aparecimento, ou não, de doenças orais, uma vez que na maioria dos casos, são susceptíveis de serem prevenidas”

De acordo com Silva (2005: 275), a “saúde é um recurso do quotidiano individual e social. Promover a saúde significa que, colectiva e individualmente, as pessoas

procuram controlar os processos que actuam sobre a sua saúde e a saúde da sua comunidade e procuram melhorá-la, com vista ao bem-estar”.

O presente Trabalho foi estruturado em dois capítulos. O primeiro incide sobre a problemática e o enquadramento teórico. Na problemática apresentamos e explicamos a importância da temática estudada, o quadro teórico sobre a saúde oral, a educação para a saúde, a Educação para a Saúde (EpS) no meio escolar, como um enfermeiro pode intervir como educador, assim como algumas medidas preventivas e relacionadas com a cárie dentária.

O segundo capítulo debruça-se sobre os procedimentos metodológicos, ou seja, a metodologia utilizada, o método de recolha de dados utilizado. Ainda neste mesmo capítulo referimos os procedimentos éticos em enfermagem, a identificação e a caracterização do campo empírico e recorremos ao processo de enfermagem (o estabelecimento do contrato de trabalho de parceria; a avaliação inicial; os diagnósticos de enfermagem; o planeamento; a implementação de intervenções/execução e a avaliação final) para apresentar e interpretar os resultados da pesquisa.

CAPÍTULO I – A problemática e o enquadramento teórico

1. A Problemática

A intervenção na saúde a nível primário é de extrema importância para o desenvolvimento de uma comunidade ou mesmo de um país. Isto porque, é uma intervenção que incide sobre a prevenção das doenças na população, removendo os factores causais, ou seja, visa a diminuição da incidência da doença.

Promover a saúde das pessoas para melhorar o seu bem-estar tem como condição básica a garantia de acesso aos bens essenciais: a alimentação, o abrigo e o suporte social. Ora, sendo Cabo Verde um país que possui fracos recursos económicos, o investimento na prevenção das doenças através da Educação para a Saúde (EpS) é uma estratégia que deve ser bastante trabalhada.

Entendemos que a EpS é um processo de trocas de saberes e experiências entre as pessoas, visa a prevenção de doenças, a promoção da saúde e promove a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos activos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sua sociedade.

Foi neste contexto de promoção e EpS que decidimos pesquisar o tema: A importância da Educação para a Saúde Oral nos adolescentes nas escolas secundárias do concelho de São Vicente. A partir dele, formulámos a pergunta de partida: como o enfermeiro pode intervir no sentido de melhorar a saúde oral dos adolescentes? Assim sendo, esta monografia é um trabalho de EpS oral nos adolescentes.

Em primeiro lugar porque, de acordo com virgínia Henderson, uma das referências para a enfermagem mundial, “a função do enfermeiro é ajudar o indivíduo doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para uma morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário” (Henderson, 2004: 3). E para que isso aconteça temos que ter em mente as 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) referidas pela mesma autora, que são: “respirar; comer e beber; eliminar; deslocar-se e manter uma postura correcta; dormir e descaçar; vestir e despir-se; manter a temperatura corporal nos níveis normal; manter o corpo limpo e proteger os tegumentos; evitar perigos; comunicar com os outros; práticas religiosas; trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização; recrear e aprender” (*ibid.*: 15).

Tento em conta estas NHF, na nossa opinião as que mais se adaptam ao nosso trabalho são: manter o corpo limpo e proteger os tegumentos que esta relacionada com a

higiene oral e aprender quando realizamos EpS destacando a importância da higiene oral e da alimentação saudável, ou seja a saúde oral.

Em segundo lugar, recorrendo à definição de saúde oral de Rodrigues (2008: 28):

Muito mais do que uma boca livre de cárie. Saúde oral é quando o indivíduo se encontra livre de dor crónico-oro-facial e de neoplasia da cabeça e pescoço, sem lesões dos tecidos moles, sem alterações de fenda ou lábio palatino e lesões de outras patologias que afectem a cavidade oral, dentes e tecidos crânio-faciais.

Na nossa opinião a saúde oral é sem dúvida um factor decisivo no bem-estar de todos nós, e quando não cuidada causa impactos negativos na saúde geral, repercutindo também na vida social, mas tudo isto pode ser prevenido através de uma boa higiene oral e uma alimentação saudável.

Definimos como **objectivos gerais** os seguintes:

- Conhecer a saúde oral nos adolescentes em idade escolar;
- Promover acções de informação sobre a saúde oral para sensibilizar os adolescentes.

Os **objectivos específicos** foram:

- Identificar os hábitos alimentares e os de higiene oral dos adolescentes;
- Sensibilizar a comunidade educativa para os problemas de saúde oral;

Porque a percepção no início da nossa pesquisa remetia para a falta de cuidados com a alimentação, com os hábitos de higiene e a preferência pelos alimentos prejudiciais por parte dos adolescentes, mesmo possuindo informações sobre as formas de prevenir a cárie. Tais atitudes, por um lado, terão repercussões nefastas na idade adulta como: a saúde oral comprometida, a cavidade oral com má aparência (que afecta negativamente a interacção social com os indivíduos). Como consequência, por outro lado, poderão implicar tratamentos caríssimos, pois segundo a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e a Federação Dentária Internacional (FDI) (2012: 10), “a cárie dentária é a quarta doença mais dispendiosa de tratar em todo o mundo, de acordo com a OMS, sendo também uma das de mais fácil prevenção”. Ora, de facto isso representa um problema, porque Cabo Verde é um país de desenvolvimento médio e grande parte das pessoas não possuem recursos financeiros para tais tratamentos.

Educar e promover a saúde oral junto de adolescentes é relevante se for considerado um grupo com uma faixa etária em que ainda podem ocorrer mudanças porque, conforme Amann (2005: 15), “as doenças orais constituem, pela sua elevada

prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil, no entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, podem ser evitadas”. A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e a Federação Dentária Internacional (FDI) (2012: 11) estimam ainda que “a cárie dentária afete a maioria dos adultos e 60 a 90% das crianças em idade escolar, causando anualmente milhões de faltas escolares”. Sendo assim, devem ser desenvolvidas acções de informação para capacitação de crianças e jovens nos meios onde estão inseridos, nomeadamente nas escolas.

Neste sentido, a Saúde Escolar é:

Um projecto de indiscutível importância, no âmbito dos cuidados de Saúde Primários (SP), não só pelo seu papel na promoção de saúde, na prevenção, resolução ou encaminhamento de problemas detectados, mas também pelo seu contributo para a criação de condições ambientais e de relação na escola favorecedoras da saúde e bem-estar da população escolarizada e consequentemente do seu sucesso educativo e pessoal. Esta actividade só pode ser implementada de forma integrada e em colaboração com os múltiplos sectores que contribuem para a saúde.¹

Reconhecendo a importância de intervenções na saúde dos membros da comunidade educativa nasceu a Fundação Cabo-verdiana de Acção Social Escolar (FICASE) que é uma instituição pública, integrada na administração indirecta do estado, e representa a primeira fundação pública na história de Cabo Verde². Está dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

A **visão** da FICASE é de ser uma instituição de referência, capaz de garantir a sustentabilidade de seus programas e o alargamento de seu campo de actuação. Tem por **missão** promover a igualdade de oportunidades à comunidade educativa, desenvolvendo um conjunto de acções que garantam o sucesso e a qualidade do ensino e de aprendizagem³.

A FICASE, em São Vicente, tem vindo a desenvolver projectos na área de saúde escolar no Ensino Básico Integrado, com o apoio técnico e financeiro da Cooperação Luxemburguesa, e com a assinatura de protocolos com a Delegação do Ministério da

¹Disponível em: [//saudeemolhao.projectos.esffl.pt/index_ficheiros/Page834.htm](http://saudeemolhao.projectos.esffl.pt/index_ficheiros/Page834.htm),

²Disponível em: http://www.ficase.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=52:saude-escolar&catid=40&Itemid=71

³Disponível em: http://www.ficase.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=52:saude-escolar&catid=40&Itemid=71

Saúde, com a Delegação do Ministério da Educação e Desporto, com a Cruz Vermelha e com a Universidade do Mindelo⁴.

Anualmente esta fundação publica relatórios para informar os seus parceiros sobre os projectos que desenvolve e o relatório da FICASE-LUX DEV (2012: 30-31) identifica as sete áreas de intervenção prioritária que se seguem:

1. Reduzir a fome e a pobreza, sendo que as condições socio-ambientais das famílias são mais precárias e exigem maior atenção por apresentarem maior vulnerabilidade;
2. Ampliar o acesso a água tratada e fluoretada;
3. Ampliar o acesso a serviços de saneamento básico;
4. Instituir cultura de promoção da saúde e de paz que perpassse pelos alunos, família e comunidade;
5. Instituir/implementar política de atenção à saúde bucal, com programas que incluam acções de promoção da saúde, prevenção das doenças e o tratamento adequado;
6. Reduzir a desfasagem escolar- iniciativas que agreguem a família e consigam promover maior interacção escola-comunidade e escola-família tem se mostrado bem sucedida no combate a desfasagem e abandono escolar;
7. Criar um sistema de monitoramento que inclui interface com a rede de saúde para tratamento e reabilitação.

Consideramo-las como sendo prioritárias tanto no Ensino Básico Integrado como no Ensino Secundário e de entre todas interessa-nos a quinta área que identificaram. Isto porque, cuidar e promover a saúde oral têm implicações no bem-estar geral de cada um de nós, porque contribui para a manutenção e a reabilitação das condições físicas, emocionais e sociais, essenciais para o aumento das nossas capacidades individuais e, conseqüentemente, a melhoria da nossa qualidade de vida. Os pais e/ou encarregados de educação têm uma função muito importante para que os seus educandos tenham uma boa saúde oral, pois são eles quem os orienta no seu dia-a-dia.

De acordo com Amann (2005: 11), “no decurso da adolescência, é que se reorganiza a forma de estar no mundo, se reformula o autoconceito, nomeadamente através dos reforços positivos da auto-imagem”. A higiene oral pode desempenhar um contributo importante para esse processo.

⁴Disponível em: http://www.ficase.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=52:saude-escolar&catid=40&Itemid=71

2. Enquadramento teórico

O enquadramento teórico é uma fase fundamental uma vez que que confere cientificidade ao trabalho e nele se fundamenta todo o quadro conceptual que dá suporte à análise dos resultados da realidade que foi estudada. Debruçámo-nos sobre o desenvolvimento de conceitos relacionados com a EpS e alguns dos seus modelos, para de seguida incidir sobre a EpS no meio escolar, a intervenção do enfermeiro como educador e sobre como prevenir a cárie dentária.

2.1 Educação para a Saúde

Em 1984 a Comissão Regional da Europa da Organização Mundial da Saúde aprovou as metas regionais de saúde para todos sob a qual deveriam assentar as bases da política de saúde dos vários estados membros (cit *in*. Laverack, 2008: 1). De acordo com esse documento, “as estratégias para se atingirem tais metas eram as seguintes: a promoção de estilo de vidas saudáveis; a protecção do ambiente; a prestação de cuidados de saúde adequados e ajustados à população; e a criação de medidas de suporte pertinentes a nível da pesquisa e informação” (Amorim, 2000: 30). Todas estas metas são extremamente importantes para a aquisição da saúde, sendo todas indispensáveis, na medida em que uma complementa a outra. Neste sentido, devemos focar mais na EpS, com o objectivo principal de prevenir e controlar as doenças. Assim, de acordo com Laverack (2008: 12), a EpS:

É um processo orientado para a implementação de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou a modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde. Tem sido objecto de uma reflexão crescente por parte de instituições, grupos profissionais e autores em artigos de literatura específica.

Este mesmo autor complementa que:

A EpS visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e colectivas, a promoção de saúde tem como objectivos as acções sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e do desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde (*ibidem*).

A OMS (cit *in* Laverack, 2008: 15) define a promoção da saúde como “o aumento da capacidade dos indivíduos para controlarem a sua saúde, o que a coloca lado a lado

com o outro conceito-chave: o empoderamento comunitário”. Para Laverack e Labont (cit. in Becker, 2004: 12) o *empowerment* pode ser definido como:

O meio pelo qual as pessoas adquirem maior controlo sobre as suas vidas; ou como mudanças em direcção a uma maior igualdade nas relações sociais. Segundo estes autores, esta mudança estrutural seria não só uma preocupação prioritária como também consequências natural de programas efectivos de promoção da saúde.

Para a realização de trabalhos de EpS ou mesmo de promoção da saúde, temos que definir o modelo que pretendemos utilizar. Segundo Carvalho e Carvalho (2006), são diversos os modelos de educação e promoção da saúde que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos. Dada a imensa variedade, Carvalho e Carvalho (2006: 29) apresenta somente cinco dos modelos no qual consideraram serem mais representativos das diversas perspectivas:

- I. **“Modelo médico** sugerido por Tones e Tilford (1994), enquadra-se na geração de “EpS informativa” e caracteriza-se pela visão mecânica, em que o corpo do individuo é visto como uma máquina, e a função da medicina é repará-la e mantê-la em bom funcionamento. A saúde é definida como a ausência de alterações de funcionamento do organismo.
- II. **Modelo de crenças de saúde** (“*Health Belief Model*”), assenta no pressuposto de que as crenças das pessoas influenciam fortemente a tomada de decisões, sendo que este depende das percepções individuais sobre as crenças básicas.
- III. **Modelo de Avaliação diagnosticada dos factores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas educacionais**, é um modelo utilizado para diagnosticar e planear práticas educativas que partem da análise dos factores predisponentes, facilitadores e reforçadores do comportamento, devendo ser posto em prática juntamente com modelos de mudança comportamental.
- IV. **Modelos críticos e participativos** tiveram o seu ponto de partida no reconhecimento de um certo fracasso dos modelos centrados na mudança de comportamento individuais, apresentando a proposta de mudança social.
- V. **Modelo radical**, que foi assim designado por Tones e Tilford (1994), por ser um modelo contra a corrente de ideias do modelo preventivo dominante na altura, pretende indicar a necessidade de averiguar detalhadamente as raízes dos problemas de saúde e desenvolver programas educacionais adequados”.

De acordo com Carvalho e Carvalho (2006: 33):

Estes modelos envolvem, sobretudo a interacção dialéctica entre as pessoas e sua realidade, incluindo a tomada de consciência social, promovendo a participação do individuo e do grupo. Acrescenta à preocupação de mudança social da EpS, o ajudar as pessoas a

desenvolverem competências pessoais e sociais necessárias à escolha de comportamentos saudáveis, isto é, elevando o seu nível de literacia para a saúde.

Mas para ajudar as pessoas, elas têm de querer ser ajudadas, só assim poderá haver mudanças de comportamentos, com a aquisição de mais conhecimento para que adoptem hábitos saudáveis.

No dizer de Sanmartí (cit. *in* Carvalho e Carvalho, 2006:1), “a consecução de elevados níveis de saúde e a prevenção de mortes prematuras dependem, em grande medida, de adopção por parte dos indivíduos, grupos e comunidades, de comportamentos saudáveis”. Daí a importância do interesse actual pela EpS, que em todo mundo se fundamenta nos seguintes aspectos (Navarro, cit. *in* Carvalho e Carvalho, 2006: 1):

- A longevidade condiciona uma maior prevalência de doenças crónicas, mais ou menos incapacitantes, ligadas aos estilos de vida;
- O aumento do *stress* provocado pelos diferentes contextos sociais em que vive a maior parte da população favorece uma maior incidência de acidentes e disfunções psicossociais;
- O recrudescimento das patologias aparentemente controladas por modificações do agente causal e o aumento de comportamento de riscos.

A OMS (cit. *in* Carvalho e Carvalho, 2006: 2) defende que “é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra as doenças e incapacidades”. Assim sendo, o processo da capacitação das pessoas deve iniciar na infância, enquanto crianças, e estender-se ao longo de toda a vida, de forma a prevenir e a reduzir a incidência de doenças.

Em 1986, na reunião de Ottawa⁵, foi elaborada uma carta de recomendações que consiste na proposta de um conjunto de princípios e de medidas destinadas a melhorar a condição de saúde das populações de todo o mundo. Indicava as condições que deviam ser criadas a nível governamental e de serviços. A nível dos serviços tinha em vista a criação de um processo de reorganização dos serviços de saúde, nomeadamente os de Cuidados de Saúde Primário (CSP), os quais deveriam funcionar como mediadores entre os utentes e as administrações, constituindo-se como defensores da satisfação das necessidades das populações. Neste sentido, os serviços de saúde deviam orientar-se para a promoção da saúde, para além das suas responsabilidades na prestação de

⁵ Disponível em: www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/.../carta_ottawa.pdf

cuidados clínicos e curativos. Deviam apoiar os indivíduos a superar as suas necessidades, a das comunidades para uma vida saudável e ainda criar um diálogo entre o sector de saúde e outras áreas como a social, a política, a económica e a ambiental.

A EpS é importante em toda a parte do mundo, sendo a prevenção a melhor forma de manter uma comunidade informada, saudável, ou seja que possuiu hábitos e comportamentos adequados. A aposta na prevenção é uma estratégia que pode beneficiar Cabo Verde visto que é um país que possui fracos recursos económicos e tem dificuldades em realizar determinados tratamentos de saúde, pois por ano são evacuadas várias pessoas para consultas e tratamentos no exterior.

2.2 Educação para a Saúde no meio escolar

As intervenções de enfermagem são de extrema importância na EpS em vários contextos, nomeadamente a nível hospitalar e a nível comunitário. Nesta pesquisa debruçámos sobre EpS na comunidade educativa porque, conforme o Programa Nacional de Saúde Escolar (2005: 7), a escola é:

Segundo espaço de socialização e de educação das crianças após as famílias, bem como o grande investimento consentido pelo estado de Cabo Verde crente nos benefícios da educação para o desenvolvimento económico e social do país, são elementos determinantes da evolução do sector educativo e das suas características actuais.

O enfermeiro poderá intervir em parceria com a comunidade educativa uma vez que se espera que a própria comunidade seja capaz de identificar os problemas e a motivação que existe para a resolução de cada um. Só assim é possível dar poder à comunidade, que é crucial, pois “a EpS só é eficiente quando ajuda as pessoas a ter uma maior responsabilidade e controlo sobre a sua própria saúde e vida” (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2000). De certo modo, esta forma de intervenção muda o que existia anteriormente porque “historicamente a educação sanitária assentava numa concepção médica, através da qual os educadores transmitiam conselhos, preceitos de higiene e regras de condutas. Hoje a promoção da saúde é considerada um processo educativo, onde a dimensão participativa das pessoas envolvidas é primordial” (Andrade, 1996: 8).

A escola é um “órgão de educação formal sistematizada e o local onde a educação se realiza. Distingue-se das outras comunidades educativas pela sua intencionalidade e pela organização que resulta desta mesma intencionalidade” (Ministério de Educação de

Desporto, 2011: 17). Integra uma comunidade porque inclui: alunos, pais e/ou encarregados de educação; professores e auxiliares educativos.

A realização da EpS nas escolas é primordial porque, conforme Andrade (1996: 8):

É um campo preciso para a integração de novos conhecimentos proporcionados pelas disciplinas científicas associadas ao campo educativo. Em estado de contínua interrogação sobre o estatuto de ensino, a escola acaba por integrar os elementos pertinentes destes novos dados.

Ou seja, ao informar e capacitar os alunos, eles mesmos poderão transmitir os conhecimentos adquiridos aos outros membros da família e da comunidade de onde provêm.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (2005: 17) a EpS é um pilar para o desenvolvimento do país porque:

Sendo os Recursos Humanos a principal riqueza e o motor para o desenvolvimento de Cabo Verde, considerando a importância da EpS da população cabo-verdiana como pilares do desenvolvimento a articulação entre esses dois sectores é incontornável, sendo a melhor estratégia para tal a implementação de um Programa de Saúde Escolar, sustentável a médio e longo prazo, baseado na educação, na promoção da saúde e prevenção de doenças. O que se pretende é: jovens escolares e população em geral melhor informada e adoptando comportamentos saudáveis.

Para Williams (cit. *in* Andrade, 1996:8), “a EpS na escola inclui experiências planeadas, tanto formal, como informalmente, que contribuem para desenvolvimentos de conhecimentos, atitudes e valores, que ajudam o indivíduo a fazer opções e tomar as decisões adequadas a sua saúde e bem-estar”. No entanto, Andrade (1996: 8) diz que tais acções “não podem limitar-se a informar os jovens para a adopção de atitudes e comportamentos favoráveis à saúde”. Continua, é fundamental não “confundir instrução com educação. A acumulação dos conhecimentos não basta. Assim, educar para a saúde consistiria tanto em partilhar um determinado projecto ético como em transmitir um saber” (*ibid.*: 9).

Podemos entender que Andrade (1996) se preocupa em ir mais além das meras acções de informação e sensibilização. Esta mesma perspectiva é defendida por Martins (2007: 22) que diz que “a acção educativa para a saúde tem como objectivo capacitar indivíduos para oferecer melhoria nas condições de saúde de uma população. Durante

esse trabalho a população tem a opção de aceitar ou recusar novas condutas frente aos problemas de saúde”. Ou seja, é preciso que:

O aluno depare com vivências que o incitem a colocar questões em relação à sua saúde e à dos outros, a construir conhecimentos, atitudes e capacidades indispensáveis para fazer opções em plena liberdade. Quanto ao professor esforçar-se por conduzir os seus alunos para a autonomia, encorajando-os a explorar as suas próprias atitudes e opiniões, a clarificar os seus valores e os dos outros, a analisar as diversas etapas do processo de tomada de decisão. Aí, quando se lhes pede que renunciem a segurança parental e que, e por si mesmo, descubram o mundo, a EpS conduz outros adultos a ensinar-lhes a proteger-se e a proteger a colectividade nas suas relações interpessoais (Andrade, 1996: 9).

Portanto, ao educar para a saúde, os professores e profissionais de saúde, não só contribuem para o desenvolvimento dos jovens ao seu cargo, no sentido de se responsabilizarem pela sua vida pessoal e da comunidade, como também para que venham responsabilizar-se pela evolução da sociedade.

Rodrigues (2008: 35) chama a nossa atenção para o facto de:

Ao longo do ciclo de vida e no ambiente escolar, as necessidades das crianças e dos jovens vão-se tornando cada vez mais complexas e exigentes. Para que haja estabilidade na aquisição de comportamentos positivos devem ser focados temas de higiene oral ao longo do processo de escolarização de uma forma progressiva e aprofundada. A educação e a saúde, e nomeadamente a saúde oral devem dar prioridade a projectos e que utilizem estratégias de ensino-aprendizagem eficazes.

Porque o tema da nossa pesquisa é a EpS, acreditamos que este é o caminho a seguir se pretendemos desenvolver/implementar projectos. Quer dizer que, na nossa perspectiva, esta pesquisa sobre a EpS (na comunidade educativa, mais concretamente) antecede um trabalho futuro que abordará a implementação de projectos de intervenção em saúde escolar. No entanto, a implementação de projectos desse tipo deve ter em consideração os custos, pois, segundo o Relatório de desempenho do Ministério da Saúde, conclui-se que a despesa é elevada e perante a situação socioeconómica do país não se poderá aumentar muito mais o orçamento do Ministério da Saúde pelo que se colocam questões de sustentabilidade e capacidade de responder às necessidades (Programa Nacional de Saúde Escolar, 2005: 5).

2.3 O enfermeiro como educador

O enfermeiro é um educador por natureza, pois ele é responsável por orientar os pacientes em relação à prevenção de doenças e da promoção da saúde. Delors, (1999: 12) defende que: “actualmente devemos considerar, que a educação está ligada a quatro pilares fundamentais, que são os pilares do conhecimento, ou seja: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser”. É fundamental que a educação garanta ao cidadão o acesso ao conhecimento científico, para que seja despertado a semente da curiosidade e o desejo de descobrir e criar.

Segundo Stanhope e Lencaster, (1999: 330):

Os enfermeiros podem agir como peritos de conteúdo, ajudando as comunidades a seleccionar e atingir metas relacionadas com as tarefas. A intervenção que o enfermeiro escolhe depende da natureza do problema de saúde e da capacidade de tomada de decisão da comunidade e das preferências profissionais e pessoais. Se a comunidade tiver poucas capacidades de resolução de problemas democraticamente, o enfermeiro pode seleccionar papéis de professor, facilitador e defensor.

Quer isto dizer que a intervenção do enfermeiro é fundamental nas acções de EpS, porque, ele não só tem conhecimentos científicos na área que intervém como também pode capacitar quem ele vai educar. Ou seja, deverão ocorrer mudanças nos comportamentos para que sejam adquiridos estilos de vida saudáveis.

Segundo Freire (1999: 23), “a educação é uma via de mão dupla em que educadores e educandos constroem um conhecimento comum, através de uma reflexão crítica sobre a prática, sem a qual a teoria fica sem sentido”.

Ao longo do processo de formação e de capacitação de pessoas é preciso prestar atenção à comunicação, pois ela “mobiliza todas as acções do ser humano, constituindo-se um fundamento à organização e ao funcionamento de todos os grupos” (Kuregant, 1991: 30).

A comunicação é uma estratégia fundamental na EpS e, no entender de Souza (2005: 5) ela é “um instrumento básico, pois torna possível um relacionamento entre o enfermeiro e o cliente atribuindo qualidade ao serviço prestado, contribuindo assim com o esclarecimento de dúvidas sobre seus problemas”

Para Stanhope e Lencaster (1999: 330), “numa comunidade com capacidades de identificar e gerir os problemas, o enfermeiro pode servir de forma adequada como técnico ou conselheiro. Podem ser necessárias intervenções diferentes se à comunidade faltarem capacidade de resolução de problemas”. A atuação do enfermeiro na área de

ensino apresenta-se como uma temática pertinente num momento de transformações no ensino caracterizado por mudanças sociais e novas demandas educacionais da actualidade.

Trezza (2007: 14) considera que “educar para saúde é parte primordial do trabalho que a enfermagem tem de cuidar porque pode ser compreendido como um envolvimento que se tem entre pessoas com o objectivo de organizar acções para mudanças de comportamento ou atitude.” Avança ainda que “nesse processo, para alcançarem os objectivos, recorrem muitas vezes à: criatividade, inovação e à capacidade de improviso” (*ibidem*). Assim, a EpS deve ser constante na profissão do enfermeiro para que seja capaz de influenciar a mudança de atitudes.

Carvalho e Carvalho (2006: 2) defendem que “a formação dos profissionais de saúde e especificamente os enfermeiros, em EpS, é uma prioridade na actualidade e implica sempre um processo orientado para anterioridade, através de uma aprendizagem centrada no autoconhecimento”, pois não é recomendável aconselhar os outros a decidir sobre a sua saúde, sem que sejamos capazes de lidar com as nossas próprias indecisões.

Sendo assim, o enfermeiro deverá demonstrar confiança, habilidades, conhecimento e boa capacidade para a transmissão de saberes.

2.4 A Saúde oral

A saúde oral e não só, a saúde em geral é extremamente importante para que as pessoas se sintam bem. Para a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) e a Federação Dentária Internacional (FDI) (2012: 10) “A saúde oral é uma componente essencial da saúde geral, e um índice elevado de saúde oral é um direito humano fundamental. A função da medicina dentária é auxiliar a população e os responsáveis políticos a melhorar a saúde através de um elevado índice de saúde oral”.

Miasato (2000: 119) defende que:

A saúde começa pela boca e certamente uma criança/adolescente com boa saúde oral e geral será também um adulto de melhor saúde e com uma qualidade de vida melhor. O acompanhamento e o atendimento devem ser multiprofissionais, revelando a necessidade da interacção de esforços e a busca constante de aperfeiçoamento de todos. A Odontologia pode contribuir promovendo o abrangimento do saber odontológico, onde informações passam ao domínio de profissionais, como professores, enfermeiros, médicos-pediatras, estudantes de medicina e de enfermagem, entre outros, e uma nova situação de saúde oral poderá acontecer na medida em que a prevenção esteja alicerçada na educação.

Sendo assim, as medidas preventivas devem se abordadas, não só em todas as instituições educacionais que acolhem as crianças, os jovens e os adolescentes, como também nas comunidades. De facto, a aposta séria na prevenção pode ser uma mais valia pois, segundo Ribeiro (2008: 1):

A saúde oral é indiscutivelmente um elemento decisivo no bem-estar geral das populações e a atitude de compartimentalização, que envolve uma visão da boca numa perspectiva não holística, ou integrada, é a causa de impactos negativos e, por vezes permanentes na saúde geral dos indivíduos, consequentemente, na sua qualidade de vida.

Quer isto dizer que a saúde oral, para além de ser importante para a manutenção da qualidade de vida das pessoas, é também par a sua interacção social.

2.4.1 Patologias orais

No nosso dia-a-dia estamos susceptíveis a inúmeros comportamentos que deixam a cavidade oral vulnerável a agressões. São exemplos: os acidentes domésticos, o consumo de alimentos excessivamente frios ou quentes, a prática de desporto, entre outros. Explicitando:

As mucosas da cavidade oral estão sendo constantemente submetidas às mais várias agressões (térmicas, mecânicas e biológicas) e podem apresentar uma série de patologias. As lesões podem ter origem traumática, infecciosa, hereditária, com comprometimento hormonal ou psicológico entre outros, e aparecem sob diferentes aspectos clínicos como feridas, crescimentos ou aumentos, mudança de coloração ou textura, sendo que geralmente não apresentam dor⁶.

As patologias orais causadas por falta de cuidado ou uma higiene oral deficiente são muitas. De seguida enumeramos algumas que, a nosso ver, são mais comuns:

- **Gengivite** é “uma inflamação dos tecidos moles que circulam os dentes, tipicamente resultante da falta de higiene oral apropriada. A terapia envolve redução dos factores etiológicos para permitir que os tecidos cicatrizem” (Neville et al 2002: 133).
- **“Periodontite** refere-se a “um processo inflamatório que afecta as estruturas de sustentação dos dentes (p.ex., ligamentos periodontais, osso alveolar e cimento). Com a evolução, a periodontite pode levar à completa destruição do ligamento periodontal e osso alveolar, com perda de dentes” (*ibid.* 145).

⁶ Disponível em: http://www.lesoesbucais.com.br/ler_artigo.asp?codigo=74&cat=2

- **Afta ou ulcera aftosa** é “uma lesão vesiculosa da mucosa da boca, que ocorre habitualmente nas bochechas, lábios e língua, raramente no “céu da boca” e na gengiva. Elas podem aparecer individualmente ou em grupos e, geralmente é recorrente. São bastante dolorosas, principalmente nos primeiros 3 a 5 dias. A lesão dura de 10 a 14 dias e a mucosa oral se recupera totalmente, não deixando cicatriz” (Richard, et al 2006: 416).
- **O herpes simples** ou herpes labial é “uma infecção provocada pelo vírus do herpes simples (HSV-1) tipo 1 (às vezes, pelo HSV-2) altamente contagiosa, apresenta-se em grupos de bolhas dolorosas que aparecem ao redor dos lábios e, às vezes, debaixo do nariz e ao redor do queixo. A primeira infecção muitas vezes aparece em crianças, às vezes até sem sintomas e pode ser confundida com um resfriado ou uma gripe “ (Neville et al 2002: 133).
- **Candidíase oral** é “uma infecção fúngica causada por *cândida albicans*. Pode ser reconhecida por sua cor branca, amarelada ou avermelhada nas superfícies húmidas da boca. Os tecidos situados sob a mancha podem ficar muito doloridos. A candidíase é comum em pessoas que prótese, em recém-nascidos, em pessoas debilitadas por alguma doença e cujo sistema imunológico não funciona de maneira adequada” (*ibid.* 183).
- **Cárie dentária** é “a degradação focal que resulta da dissolução mineral da estrutura dentária por ácidos liberados pelas bactérias orais durante a fermentação de açúcares. É uma das doenças mais comuns em todo o mundo e é a causa mais de perda dentaria antes de 35 anos de idade” (Richard, et al 2006: 415).

Sendo a cárie uma das patologias orais mais comuns, e das que têm o tratamento mais caro no mundo, será a patologia mais retratada neste trabalho escrito. No entanto, todas as outras foram trabalhadas na acção de (in)formação e sensibilização realizadas nas escolas secundárias do concelho de São Vicente.

A cárie é das patologias mais comuns porque, de acordo com McDonald et al. (2000: 151), “ela continua a ser o principal problema da odontologia e deve receber muita atenção na prática diária, não só em relação aos procedimentos restauradores, como também em termos de técnicas preventivas, adoptadas para a redução do problema”, mesmo que “tenha sido observado o declínio da prevalência da cárie dentária, durante muitos anos” (Bowen cit. *in* McDonald et al, 2000: 151). Por tudo isto, devemos apostar na prevenção, conhecer as suas causas e as suas consequências, como refere Lima (2007: 16) “É aceito e estabelecido universalmente que a cárie dentária é uma doença multifactorial, infecciosa, transmissível e dieta dependente, que produz uma desmineralização das estruturas dentárias”. Reforça ainda que, “esse conceito de cárie é embasado na interacção de factores como dente susceptível, microrganismo e dieta determinando a doença cárie” (*ibidem*).

Nesta mesma linha, Rodrigues (2008: 37) informa que “os riscos para a cárie incluem factores físicos, biológicos, ambientais, comportamentais e relacionados com o estilo de vida, tais como elevado número de bactérias cariogénicas, fluxo salivar inadequado, insuficiente exposição ao flúor, deficiente higiene oral, métodos inapropriados de alimentação das crianças.”

Ainda sobre as causas da cárie McDonald et al, (2000: 150), defendem que:

A cárie dentária é um processo que se inicia quando ácidos resultantes realizados pelas bactérias dão origem a uma dissolução dos sais do cálcio que formam a dentina. Na produção desses ácidos participam activamente bactérias e enzimas. Os espaços entre os dentes, além de irregularidades de formação, retêm frequentemente detritos resultantes da própria mastigação, resíduos esses de alto teor de hidratos de carbono (açúcar), os quais são atacados por bactérias e fermentam. Resultam na produção de ácidos que abrem lacunas microscópicas na armadura dos dentes, as bactérias se infiltram e vão atacar as substâncias orgânicas que formam a dentina.

Vejamos a **Figura 1** para conhecer o aspecto da cárie:



Figura 1: Cárie dentária

Lima (2007: 19) discorda com a classificação da cárie como doença infecciosa. Ele defende que:

Deve-se considerar o microrganismo como um factor participativo na etiologia da cárie e não determinante, não se justificando a interpretação da cárie como uma doença infecciosa. A cariogenicidade da dieta é determinada pela presença de carboidratos, principalmente a sacarose, que servem de substrato para que os microrganismos da cavidade bucal sintetizem polissacarídeos extracelulares com um importante papel na formação da placa e, também, na produção de ácidos orgânicos, que promovem a desmineralização do esmalte e podem desencadear o processo de cárie. A cárie dentária estabeleceu-se na população mundial de uma forma endémica, levando-se a concluir que a dieta seria o factor determinante da “doença”.

Assim, o aparecimento da cárie é condicionado principalmente pela má higiene oral e má alimentação. Então devemos dar uma atenção especial a estes dois factores, adoptando comportamentos e hábitos saudáveis.

2.4.1.1 Medidas Preventivas da cárie dentária

Os factores mais importantes para melhorar a saúde oral, são proporcionados sobretudo pelas influências ambientais, alterações de comportamento e medidas preventivas e terapêuticas específicas.

A intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, que desenvolvem ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam são de extrema importância, porque:

A saúde de uma maneira geral, em especial a saúde oral, mudou muito nos últimos anos. Principalmente no que diz respeito à prevenção, sendo esta prática comum a várias profissões. Entende-se que a prevenção só ocorre quando se educa e, desse modo, se torna um instrumento de transformação social” (Silva, 2005: 125).

Deste modo, a prevenção deve ser feita a partir de desenvolvimentos clínicos trabalhados em conjunto com a abordagem de saúde pública, tal como defende Miasato (2000: 119):

A cárie dentária, e particularmente a cárie precoce da infância, que tem uma etiologia e evolução conhecida, pode ser erradicada ou ter sua evolução controlada, ao se adoptarem medidas educativas mais precocemente, através de um trabalho multidisciplinar e multiprofissional, envolvendo o odontopediatra, o pediatra e o enfermeiro materno-infantil.

Sabe-se que a orientação de hábitos de higiene, a dieta ideal e o uso racional do flúor podem contribuir para a melhor situação da saúde oral. Rodrigues, (2008: 34) defende que:

A abordagem da prevenção primária deverá ser baseada nos factores de risco comuns. A prevenção secundária e o tratamento devem estar focados na gestão do processo de cáries ao longo do tempo para os pacientes individuais, com um mínimo de invasão, numa abordagem de preservação dos tecidos. Uma boa saúde oral na infância tem ganhos efectivos benéficos para o resto da vida, com um aumento evidente da saúde em geral.

De acordo com Ferreira e Amaral (1990: 169):

Uma boa higiene oral é o melhor meio para se evitar a cárie dentária. De facto esta é devido à acção das bactérias que se instalam na boca devido à existência de restos de alimentos que

ficam retidos nos espaços entre os dentes. A fim de remover estas substâncias, deve-se usar uma boa escova, pasta dentífrica e fio dental. É necessário não descuidar desses cuidados, mesmo que, aparentemente, não se depositem restos de alimentos entre os dentes, como sucede quando se chupam algum rebuçado.

Uma correcta higiene oral é importante para manter os dentes, a gengiva e a boca em boas condições. “Deverá ser feita de acordo com as instruções que de seguida apresentamos” (Almeida, Martins e Catrapona, 2010: 2):

Figura 2: Fases da escovagem dos dentes



Comece por escovar os dentes posteriores (os molares), passando depois para os da frente (os incisivos e os caninos). A parte externa e interna dos dentes devem ser escovadas com movimentos suaves verticais ou circulares, limpando da gengiva ao limite da superfície dos dentes.



A parte mastigatória dos molares deve ser escovada apoiando a ponta dos cerdas da escova sobre a superfície dos dentes, efectuando movimentos circulares, de forma a eliminar restos de alimentos dos sulcos e fissuras existentes nos nossos dentes.



A língua é um local onde se acumula grande quantidade de bactérias. Escove a sua língua suavemente, desde a sua base em direcção à ponta, de modo a remover as bactérias e a refrescar o seu hálito.

A escovagem dos dentes deve atingir um período de tempo considerado adequado. De acordo com Almeida, Martins e Catrapona (2010: 2), para que seja correcta e eficaz “deve demorar, pelo menos, 2 minutos. No final da higiene oral pode optar por não passar a boca por água, cuspidando apenas o excesso de dentífrico. Assim, a acção dos compostos fluoretados ou antimicrobianos será mais prolongada”. Quer isto dizer que a eficácia da escovagem dos dentes está relacionada com a técnica e a frequência com que é praticada. Só assim será possível eliminar a placa bacteriana da superfície dos dentes.

O fio dentário é utilizado para eliminar a placa bacteriana e os restos dos alimentos nos espaços interdentários, onde é mais difícil a escova de dentes aceder.

Almeida, Martins e Catrapona (2010: 3) informam que “utilização do fio dentário deve antecipar a escovagem dos dentes funcionando como um complemento da mesma.”

Outro aspecto a ter em atenção é a escova de dentes que utilizamos e o tempo da sua utilização. Cordeiro (2010: 149) recomenda que:

A escova deve ser adequada à boca de quem a utiliza. A cabeça não deve ser muito grande e o cabo adequado ao tamanho da mão. A textura das cerdas devem ser macias e todos com o mesmo tamanho e quanto a substituição deve ser realizada quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).

O tamanho das escova utilizada devem ser de acordo com a idade de quem a utiliza, por exemplo uma criança na pode utilizar a escova de um adulto ou vice-versa. Quanto à sua textura o que podemos dizer é que se for macia reduz o risco de nos machucar as gengivas.

De acordo com Rodrigues (2008:36) “dentro do contexto das cáries e outras doenças, o termo “factor de risco” geralmente é conotado em qualquer tipo de ambiente, comportamento ou factor biológico, tendo em conta que este, quando presente, aumenta a probabilidade de manifestação da doença.” Sendo assim, a melhor forma de reduzir a probabilidade da doença se desenvolver e ter consequências adversas, deve-se eliminar ou reduzir a magnitude de um ou mais factores de risco, adoptando o hábito de ter os comportamentos saudáveis que se seguem:

- Escovar correctamente os dentes, massageando as gengivas, usando pastas dentífricas com flúor após as refeições, pois é uma das melhores formas de evitar a perda mineral ou desmineralização dos dentes e reforçar o processo de substituição ou remineralização.
- Usar o fio dental após as refeições e principalmente antes de dormir. O fio dental remove os restos de comida e a placa bacteriana nos locais onde a escova não chega.
- Evitar o consumo frequente de bebidas ou alimentos açucarados, principalmente aqueles que agredem os dentes, como os refrigerantes; se o consumo excessivo de açúcar não pode ser evitado, procurar fazê-lo logo após as refeições, escovando os dentes logo de imediato.
- Não escovar os dentes logo após o consumo de refrigerantes, pois os mesmos “retiram” o esmalte, e a escovação pode acabar desgastando-o em seguida, sendo assim deve-se esperar pelo menos 15 minutos.
- Deve-se procurar o dentista pelo menos uma vez a cada 6 meses; este poderá detectar inícios de cáries e dar orientações quanto às técnicas de escovação, uso de flúor, entre outros.
- Mudar de escovas de dentes de 3 em 3 meses⁷.

⁷ Disponível em: <http://www.ionline.com.br/como-evitar-carie/>, 26-01-13

CAPÍTULO II – Metodologia: procedimentos, apresentação de resultados e a sua interpretação

1. Procedimentos metodológicos

No entender de Potter (2006: 86), “o processo de enfermagem permite ao enfermeiro organizar e prestar os cuidados de enfermagem que o cliente necessita”. Exige seguir as seguintes etapas: “ o estabelecimento do contrato de trabalho de parceria; a avaliação inicial; o diagnóstico de enfermagem; o planeamento; a implementação de intervenções/execução e a avaliação final” (Stanhope e Lencaster, 1999: 320), para que haja organização durante esse processo. Assim sendo, atendendo à natureza do trabalho que pretendíamos realizar (Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem em EpS) e a sua importância na nossa vida profissional, orientámo-nos por esses processos de enfermagem nos procedimentos metodológicos e respeitámos cada uma das suas etapas:

1ª Etapa: estabelecimento do contrato de trabalho de parceria.

De acordo com Stanhope e Lencaster (1999: 321), “esta fase consiste na participação e envolvimento da comunidade ou de outros representantes em mudanças saudáveis, ou seja a distribuição informada, flexível, e negociada nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade”.

2ª Etapa: Avaliação inicial

Esta fase “consiste em adquirir informação útil acerca da comunidade, escolhendo um método de recolha de dados que consiste no processo utilizado para adquirir informação útil acerca da comunidade sendo neste contexto acerca da saúde Estes dados são então interpretados, e os problemas de saúde comunitária, assim como as capacidades são identificados” (*ibid.*: 322).

3ª Etapa: Diagnósticos de enfermagem

Que “é o processo que clarifica quem é o cliente dos cuidados, fornecem uma apresentação dos problemas enfrentados pelos clientes, e identificam factores que contribuem para o problema” (*ibid.*: 323).

4ª Etapa: Planeamento

Que “esta fase inclui a análise dos problemas de saúde comunitário identificados nos diagnósticos de enfermagem comunitário e estabelecer as prioridades entre eles,

estabelecer metas e objectivos, e identificar intervenções que permitirão atingir os objectivos” (Stanhope e Lencaster, 1999: 324).

5ª Etapa: Implementação de intervenções/execuções

São “os meios ou as estratégias através dos quais os objectivos são atingidos” (*ibid.*: 328).

6ª Etapa: Avaliação final

É entendida como a etapa para a “apreciação dos efeitos das actividades ou programas desenvolvidas” (*ibid.*: 332). Deste modo, foi importante no momento de interpretação dos resultados do trabalho de campo que foi feito.

Propusemo-nos desenvolver um trabalho de EpS que oscila entre o pólo quantitativo e o qualitativo. Por um lado, ela é quantitativa porque, para Fortin, 2009: 20):

Se interessa pelas causas objectivas dos fenómenos e faz abstracção da situação própria de cada indivíduo; apela à educação, as regras da lógica e da medida. É baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objectivos e comporta um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis. O investigador segue um processo racional que leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema de investigação à medida dos conceitos e à obtenção dos resultados. A objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características distintas de metodologia quantitativa.

Por outro lado, ela é qualitativa porque nela usámos uma metodologia que “faz o uso do raciocínio indutivo e tem por finalidade chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos. O investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tais como se apresentam, mas não mede e nem controla” (*ibidem*).

Ao dizermos que oscila entre esses dois pólos, Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (1990: 75) defendem que:

Esta sensibilidade ao meio vai permitir, assim, determinados tipos de validade próprios da investigação no terreno. A verificação das hipóteses surge, portanto como um componente de investigação que, nas metodologias qualitativas, também se faz durante a recolha de dados.

Assim, a pesquisa que desenvolvemos foi de carácter quantitativo, porque recolhemos os dados através do inquérito por questionário fechado, e foram examinados numericamente, em especial no domínio das estatísticas, mas também remete para o carácter qualitativo que serve para compreender o sentido da realidade social no qual se

inscreve a acção, por causa da observação feita dentro e fora das escolas, conversas com membros do cargo directivo das mesmas e por causa de toda a reestruturação que exigiu enquanto a desenvolvíamos.

Tudo isto foi feito para responder à pergunta de partida formulada: como o enfermeiro pode intervir no sentido de melhorar a saúde oral dos adolescentes? E também para cumprir os objectivos traçados.

Configura-se como um estudo de caso, pois Fortin (1996: 164-165) defende que:

O estudo de caso consiste numa investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização. Este tipo de investigação é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial e único, explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção. De facto, o estudo de caso compreende duas aplicações: pode servir para aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo e ter por principal objectivo a elaboração de hipóteses novas ou pode servir para estudar o efeito de uma mudança num indivíduo. O estudo de caso em profundidade de diferentes fenómenos ligados à saúde e suas relações com outros fenómenos mostra-se necessário para uma melhor compreensão.

2. Procedimentos éticos de uma investigação em enfermagem

Durante a realização de trabalhos de investigação, neste caso em enfermagem, temos que levar em consideração os procedimentos éticos, conduzi-los com honestidade, sinceridade, moralidade e boa consciência, em todas as suas fases, preservando sempre o segredo do cliente, em toda e qualquer circunstância. Segundo Struberte e Carpenter, (2002: 37) “a prática profissional de enfermagem e das disciplinas relacionadas com a saúde enfrentam situações que exigem quotidianamente tomada de decisões éticas e morais”. Quer isto dizer que o enfermeiro durante a prática da sua profissão no dia-a-dia depara-se com situações que os sensibiliza e coloca em risco a ética profissional, pois o procedimento exercido não será tão eficaz se a ética for totalmente respeitada. Entretanto esses autores realçam que:

A subjectividade e a colaboração tornam o investigador vulnerável, estando emocionalmente imerso nas experiências vividas dos outros. O investigador pode utilizar os compromissos éticos como guia e suporte ao longo do processo. Pode utilizar instrução para explorar as respostas pessoais e pesar os riscos/benefícios. É recomendada a educação pessoal em ética e consultoria com peritos quando se acredita que o enfermeiro investigador está a ser lesado (*ibid.*: 45).

Durante um processo de investigação a população em estudo deverá ser informada dos procedimentos a ser realizados através de consentimentos informados, e caso aceitem deverá assiná-lo, demonstrando a sua aceitação.

Para Struberte e Carpenter, (2002: 39) o consentimento informado é:

Alvo de discussão regular nos contextos de cuidados de saúde. Existe a expectativa de que, quando os clientes assinam um consentimento, estão plenamente conscientes dos benefícios de saúde e riscos reais e potenciais para a saúde. O consentimento informado na investigação possui um significado semelhante, com dimensões essenciais adicionais.

Assim, para a realização do nosso trabalho elaborámos: requerimentos pedindo autorização para desenvolver a pesquisa nas escolas secundárias (Anexo II); consentimento informado que foram enviados aos pais/encarregados de educação (Anexo III) dos alunos menores de 18 anos de idade.

Espera-se que o enfermeiro aja da melhor forma possível, explicitando o que pretende através da pesquisa que realiza, utilizando uma linguagem simples e compreensível, para que não haja dúvidas por parte da população pesquisada, e que seja verdadeiro desde do início ao fim, principalmente na hora de interpretar os dados colhidos.

Como defende Stanhope e Lencaster (1999: 105):

A veracidade tem sido desde há muito como fundamental para a existência de confiança entre os seres humanos. As pessoas têm o dever de dizer a verdade e de não mentir e enganar os outros. Nas relações de cuidados de saúde, são geralmente dados vários argumentos em apoio de dizer a verdade. É importante ser verdadeiro, transmitir algo realmente como ele é, neste trabalho a veracidade está acima de tudo, para que a investigação seja o mais credível possível.

Dizer a verdade e não mentir ou enganar é parte do respeito que se deve aos outros.

Outra questão a ter em conta nos procedimentos éticos numa investigação é a confidencialidade. Pois Stanhope e Lencaster, (1999: 106) defendem que:

Nas interacções sociais gerais, certas informações são vistas como confidenciais. Nos relacionamentos de cuidados de saúde, a confidencialidade da informação é mantida por várias razões. Primeiro se os profissionais de saúde não conseguissem uma regra de confidencialidade, os utentes poderiam não procurar ajuda quando precisassem. Uma segunda razão para manter a confidencialidade é que a privacidade é reconhecida como um direito humano básico. Porque as pessoas são agentes morais auto determinantes, têm o

direito de determinar como é comunicada a informação pessoal, especialmente relativamente à saúde.

Ou seja, na área da saúde, a preservação da privacidade é vista como um direito do paciente, permitindo-lhe revelar ao profissional da saúde situações potencialmente embaraçosas, num ambiente de grande confiança e com o propósito de cuidados com sua integridade física e emocional.

Neste sentido “os princípios de beneficência e justiça aplicam-se no sentido de assegurar confidencialidade e anonimato aos participantes de confidencialidade” (Struberte e Carpenter, 2002: 41). A confidencialidade está intimamente relacionada com o conceito de privacidade e com um conceito mais restrito de comunicação privilegiada, compartilhando com ambos uma ideia de acesso limitado de terceiros ao corpo ou mente de um indivíduo em particular.

Para além da confidencialidade, outro ponto a considerar é a autonomia do cliente, pois as pessoas têm o poder de decidir sobre si mesmo, aquilo que mais lhe convém, de acordo com as suas convicções, valores, crenças e projecto de vida, sendo considerado assim o verdadeiro alvo dos cuidados de saúde. No entender de Stanhope e Lencaster, (1999: 110) “a autonomia diz respeito à liberdade de acção que o indivíduo escolhe. Respeitar as pessoas como indivíduos autónomos é reconhecer os seus direitos pessoais de fazer escolhas e agir relativamente a isso. São respeitadas como agentes morais e auto determinantes”. Assim, quando o enfermeiro respeita as pessoas como agentes morais, estão a agir de acordo com os requisitos do princípio moral da autonomia.

3. Instrumento de recolha de dados

Neste trabalho estabelecemos contactos com entidades responsáveis pelas instituições onde pretendíamos investigar. Depois de conhecer as dimensões que a problemática dos maus comportamentos e hábitos relacionados com a saúde oral tem nos jovens/adolescentes, optámos pelo desenvolvimento deste trabalho nas escolas secundárias da ilha de São Vicente, onde encontraríamos o público pretendido.

Sendo assim, em primeiro lugar contactámos com o Delegado do Ministério de Educação e Desporto de São Vicente, no dia 17 de Maio, para lhe explicar o trabalho que pretendíamos desenvolver e os objectivos traçados. Queríamos realizar o trabalho com alunos do 7º e do 12º ano, mas o Delegado sugeriu que fosse com os do 11º ano, em vez de 12º porque estes estavam a realizar os testes finais (Prova Geral Interna) e

não teríamos tempo suficiente para aplicar os inquéritos e nem de realizar palestras de EpS.

Entregámos um requerimento ao Delegado (Anexo I), pedindo a autorização para realizar o trabalho. Mas sugeriu-nos que contactássemos os directores das escolas, solicitando que realizassemos a pesquisa nas escolas secundárias do concelho.

No dia 20 de Maio fomos para as escolas conversar com os directores e expor os objectivos do trabalho, e em poucos dias obtivemos os consentimentos.

Para proceder com avaliação inicial é fundamental proceder com a recolha dos dados: é uma etapa importante porque nos permitiu compreender as necessidades presentes na população e as em que é possível intervir de forma eficaz. Antes de aplicar o inquérito, foi explicado aos professores e aos alunos o objectivo do trabalho, para que a sua implementação fosse feita com sucesso, ou seja, que fosse ao encontro das necessidades da população. Mas, entretanto, os alunos que eram menores de idade levaram para casa um modelo consentimento informado para os pais/encarregados de educação (Anexo III) lerem, e caso concordassem, que o assinassem. A aplicação dos questionários foi realizada nos dias 21; 22; 23 e 27 de Maio.

Para colher os dados junto dos alunos (7º e 11º anos de escolaridade) utilizámos inquérito por questionário fechado (Anexo IV), de carácter quantitativo, que foram respondidas nas salas de aula.

O Inquérito por questionário fechado “consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, às suas atitudes em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento, ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interessa os investigadores” (Quivy e Campenhoudt, 2003: 188). Neste caso, as perguntas foram relativas à caracterização dos alunos, aos hábitos de higiene orais e hábitos alimentares dos alunos.

De acordo com Quivy e Campenhoudt, (2003: 189):

As respectivas vantagens do inquérito por questionários fechados são: a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação; o facto de a exigência por vezes essencial, de representatividade do conjunto dos entrevistados poder ser satisfeita através deste método. É preciso sublinhar, no entanto que esta representatividade nunca é absoluta, esta sempre limitada por uma margem de erro e só tem sentido em relação a um certo tipo de pergunta, as que tem um sentido para a totalidade da população em questão.

As **desvantagens, segundo** Quivy e Campenhoudt (2003: 189-190) presentes são:

O peso e o custo geralmente elevado do dispositivo; a superficialidade das respostas, que não permitem a análise de certos processos, como a evolução do trabalho clandestino ou a das concepções ideológicas profundas; a individualização dos entrevistados que são considerados independentemente das suas redes de relações sócias e o carácter relativamente frágil da credibilidade do dispositivo.

Optámos por utilizar este método de recolha de dados para podermos obter o máximo de informação possível, e pelo facto de ser respondido com facilidade num período de tempo muito curto.

4. Identificação e caracterização da População/Amostra e do Campo Empírico

Decidimos inquirir adolescentes e jovens para conhecer os seus hábitos relacionados com a saúde oral. Neste sentido, e tendo em vista a realidade cabo-verdiana a escolha desse grupo remeteu-nos para a recolha de dados junto da população estudantil das escolas secundárias. A população-alvo identificada para realização de uma intervenção de Saúde Escolar foram com um grupo de alunos do 7º ano e do 11º ano das escolas secundárias da ilha de São Vicente/ Cabo Verde. Escolhemos alunos do 7º e do 11º ano devido ao distanciamento da faixa etária dos mesmo, onde os hábitos e comportamentos devem ser diferentes devido à forma de pensar e agir, em que os alunos do 11º em relação aos do 7º deverão ser mais autónomos nas suas decisões, enquanto que a faixa etária dos do 7º ainda requer mais controlo por parte dos pais/encarregados de educação, sendo assim queremos estabelecer uma comparação entre eles.

As escolas são:

- Escola Industrial e Comercial do Mindelo (EICM);
- Escola Secundaria Jorge Barbosa (ESJB);
- Escola José Augusto Pinto (ESJAP);
- Liceu Ludgero Lima (LLL);
- Escola Salesiana de Artes e Ofícios (ESAO)

Conforme o Ministério de Educação e Desporto (2011:17):

O Ensino Secundário tem a duração de 6 anos lectivos dividido em 3 ciclos de ensino tendo uma particularidade de a partir do 3º ciclo estar vocacionada para a vida activa (cursos técnicos) ou para prosseguimento de estudo (Via geral). Destina-se a jovens com idade que vai dos 12 aos 17 anos, embora no ensino público (tendo em consideração a limitação de

recursos) é permitida a frequência de jovens na idade entre os 12 e os 20 anos, podendo ser cumprido tanto em escolas públicas como escolas privadas”.

As aulas decorrem em dois períodos: no período da manhã, das 7h30 às 12h30 e no período da tarde, das 14h às 19h. Cada aula tem a duração de 50 minutos e os intervalos têm a duração que oscila entre os 10 e os 20 minutos. As classes variam de períodos, de acordo com a organização de cada escola.

Organograma do sistema educativo: ensino secundário



Idades

(Fonte: Ministério de Educação de Desporto, 2011:13)

A tabela abaixo indica o número dos alunos do 7º e do 11º ano inquiridos e as respectivas escolas a que pertencem. Na primeira coluna indica os estabelecimentos de ensino utilizados na nossa pesquisa. Tanto no 7º como no 11º encontramos a coluna MF que indica o número total dos alunos que foram inquiridos em cada escola, ou seja masculino e feminino, na coluna F indica a percentagem do sexo feminino e na coluna referente ao total dos alunos, indica o número total de alunos do 7º e do 11º ano das respectivas escolas.

Estabelecimento de ensino	7º Ano			11º Ano		
	MF	F	Total de alunos	MF	F	Total de alunos
EICM	20	35%	205	20	40%	214
J.A.P	27	44%	508	20	80%	171
J.B	23	52%	434	28	79%	270
L.L.L	#	#	#	28(*)	43%	166
ESAO	39 (*)	54%	229	(#)	(#)	(#)

(#) Sem turmas

(*) Duas turmas

Porque a escola Salesiana, possuiu alunos até o 10º ano de escolaridade, e não ter turmas do 11º ano, seleccionámos duas turmas do 7º ano. Para estabelecer o equilíbrio, seleccionámos no Liceu Ludgero Lima duas turmas do 11º ano, e o 7º ano ficou excluído.

É fundamental o conhecimento e a descrição dos contextos em que se pretende intervir para que a intervenção vá ao encontro das necessidades e problemas da população.

Escola Industrial e Comercial do Mindelo

A EICM, também conhecido como “Escola Técnica” abrange áreas de Formação Geral, Tecnológica e Oficinal, preparando os alunos quer para a inserção na vida activa em parceria com o Sistema de Formação Profissional, quer para o prosseguimento de Estudos no Ensino Superior. A população estudantil encontra-se distribuída pelos Cursos Técnicos de: serviços e comércio, construção civil, mecânica, electricidade / electrónica e artes e ofícios.

Escola Secundária Jorge Barbosa (ESJAP)

A ESJB, também conhecida por “Pantera”, à sua volta existem várias lojas. Possui uma rede de transporte acessível ao centro da cidade. A escola é um edifício grande, com três pisos e é pintada de rosa.

Escola Secundária Dr. José Augusto Pinto (ESJAP)

A ESJAP fica situada na zona Chã de Cemitério, ao lado do Liceu Ludgero Lima, é uma zona urbana. A escola possui várias salas com boas condições, campos para desportos, uma área linda com várias plantas no seu interior, possui um lado com dois pisos e outro maior com três pisos, é pintada de verde.

Liceu Ludgero Lima

O LLL fica situado na zona Chã de Cemitério, inaugurado no ano lectivo desde 1967/68, no qual se mantém até hoje. A escola apresenta três pisos, no seu interior possui um campo para a prática de desportos tais como o futebol, o andebol, e o basquetebol, e ainda o voleibol.

Escola Salesiana de Artes e Ofícios

A ESAO situa-se na avenida Capitão Ambrósio, no centro da cidade, perto do Hospital Baptista de Sousa. Trabalha com o ensino básico, que vai desde 1ª à 6ª ano, e o ensino secundário, que vai desde o 7º ao 10º ano. Esta escola é da religião católica, sendo o Director um padre, possui uma capela, onde é dada missa todos os sábados e

domingos para o público (católicos da ilha). É também ali que os professores se reúnem com os pais/encarregados de educação e com os alunos para transmitir informações da instituição.

5. Processo de enfermagem na comunidade escolar

Optámos por debruçar sobre um programa de EpS na comunidade escolar para o desenvolvimento do nosso trabalho, e para que fosse possível tivemos em conta o processo de enfermagem que constitui uma metodologia que permite ao profissional de enfermagem “conduzir” as suas acções no decorrer do seu quotidiano.

Tratamento dos dados

Para o tratamento dos dados foi utilizado o Excel. Apesar de haver outros programas estatísticos, era nele que possuíamos mais conhecimentos. Fizemos a análise de dados e relaciona-los com os hábitos de higiene oral e alimentar.

Apresentação dos resultados

O total de alunos pertencentes às turmas inquiridas do 7º ano é de 109, nas escolas ESJB; ESJAP; ESAO e EICM e do 11º ano é de 96, nas mesmas escolas, incluindo LLL, mas excepto ESAO. Para a interpretação dos dados utilizámos uma amostra de 80 alunos do 7º ano, e 80 alunos do 11º ano, sendo 20 alunos em cada escola. “Em Estatística, amostra é o conjunto de elementos extraídos de um conjunto maior, chamado População”⁸ Os dados do 7º ano foram tratados separadamente dos dados do 11º ano.

7º Ano de escolaridade

Gráfico 1: Idade dos inquiridos

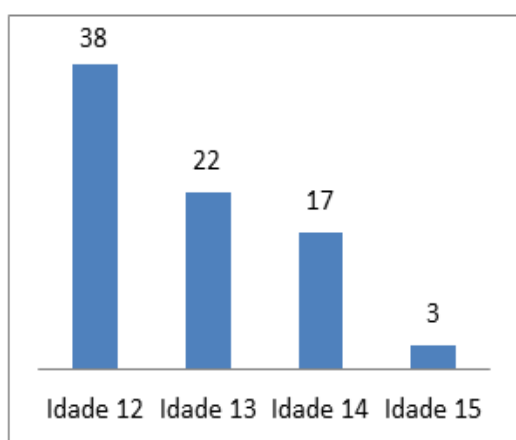
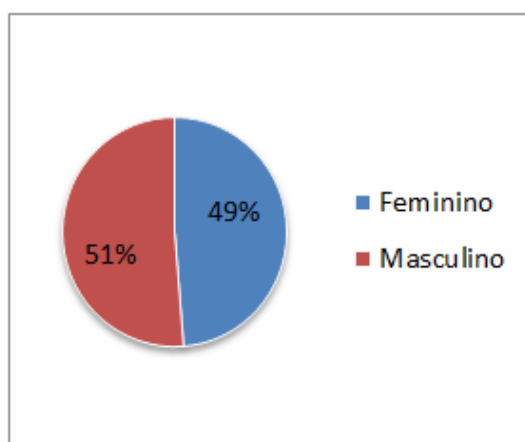


Gráfico 2: Sexo

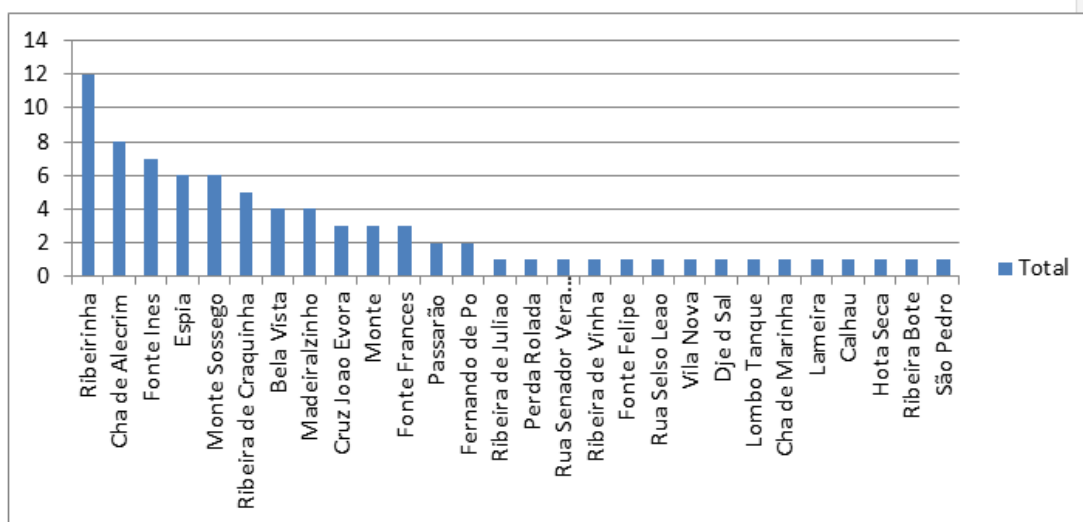


⁸Disponível em: [http://www.infopedia.pt/\\$amostra-\(estatistica\)](http://www.infopedia.pt/$amostra-(estatistica))

A idade dos inquiridos (gráfico 1) encontra-se entre os 12 e os 15 anos, tendo que a maioria (47%) 12 anos.

No que diz respeito ao género (gráfico 2), verificou-se a predominância do género masculino (51%) sobre o género feminino (49%).

Gráfico 3: Zonas dos inquiridos



Quanto à zona de residência dos inquiridos (gráfico 3), apresentam-se distribuídos em várias zonas, sendo as mais dominantes Ribeirinha (12), Chã de Alecrim (8); Fonte Inês (7); Espia (6); Monte Sossego (6) e Ribeira de Craquinha (5). Sendo as restantes a minoria.

Gráfico 4: Frequência da higiene diária

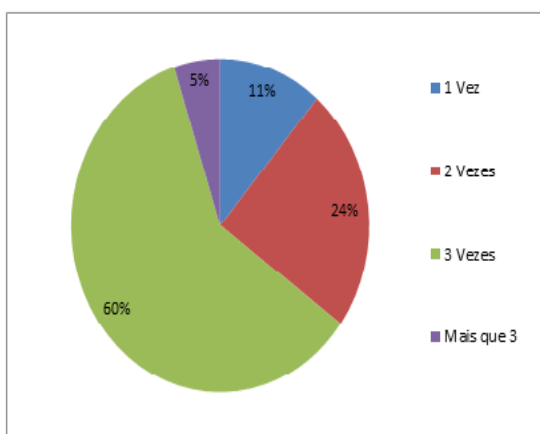
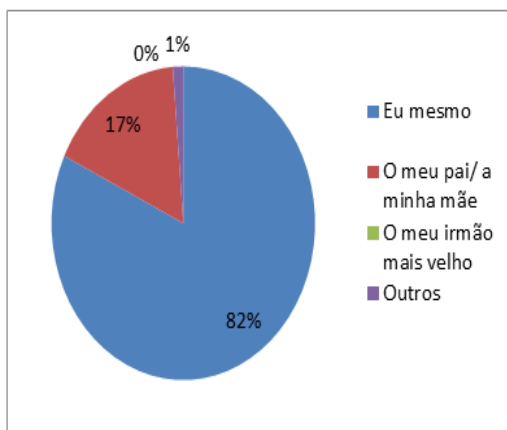


Gráfico 5: Quem controla a higiene oral



Identificámos 100% dos alunos escovam os dentes todos os dias. Mas, entretanto, quanto à frequência da higiene oral diária (Gráfico 4), 60% afirmam escovar os dentes

três vezes ao dia, 24% duas vezes ao dia, 11% uma vez ao dia e somente 5% mais que três vezes ao dia.

Quanto ao controlo da higiene oral (Gráfico 5), 82% dos alunos afirmam que são eles mesmos quem faz o controlo, 17% é controlado pelo pai ou pela mãe, 1% por outras pessoas e nenhum é controlado pelo irmão mais velho.

Gráfico 6: Quando a higiene oral é feita

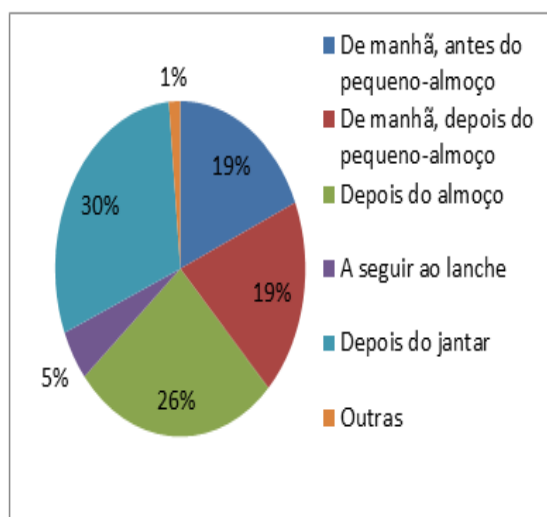
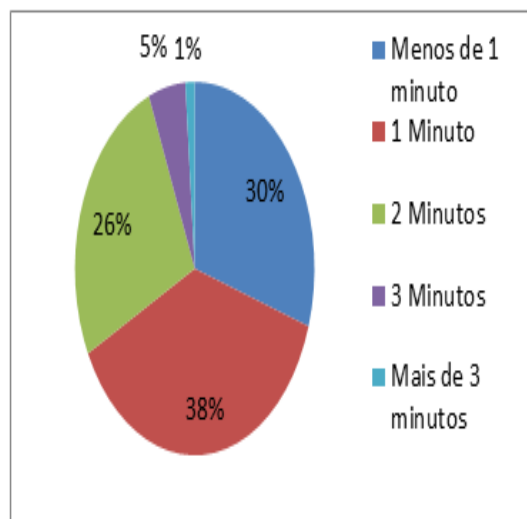


Gráfico 7: Tempo de escovagem dos dentes



Em relação ao momento em que a higiene oral é feita (Gráfico 6), 26% fá-la depois do almoço, 30% depois do jantar, 19% de manhã antes do pequeno-almoço, a mesma percentagem fá-la de manhã depois do pequeno-almoço, e 1% em outras ocasiões.

Actualmente 38% dos alunos afirmam escovar os dentes durante um minuto, 30% menos de 1 minuto, 26% em dois minutos, 5% em três minutos e 1% em mais de 3 minutos (Gráfico 7).

Gráfico 8: Uso de fio dental

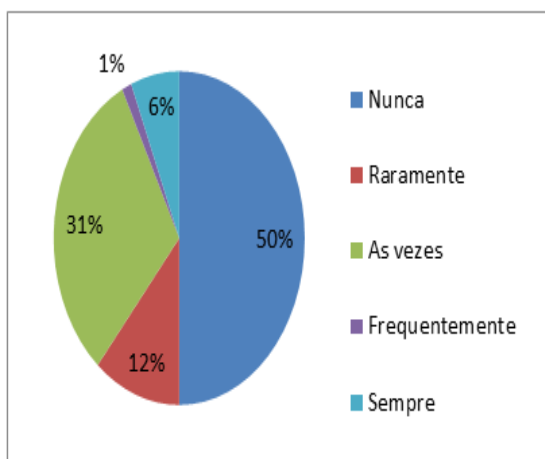
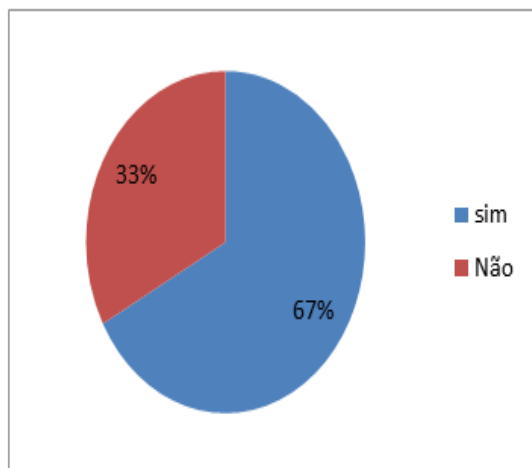


Gráfico 9: Visitas ao dentista



No que concerne ao uso do fio dental (Gráfico 8), 50% nunca usou, 31% usa às vezes, 12% usa-o raramente, 6% sempre e 1% frequentemente.

Relativamente às visitas ao dentista (Gráfico 9), verificámos que 67% dos alunos inquiridos nunca foram ao dentista, tendo 33% dos inquiridos já ido ao dentista.

Gráfico 10: Tempo da última visita ao dentista

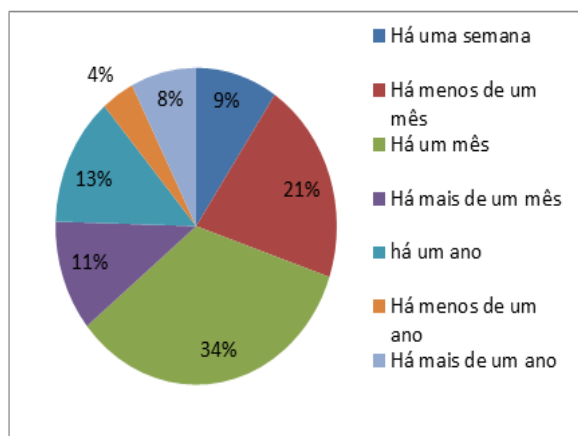
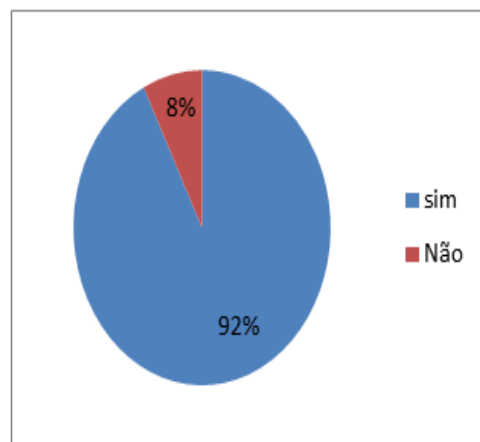


Gráfico 11: Mudanças de escovas de dentes



Dos 33% dos inquiridos que já foram ao dentista, em relação à última visita (Gráfico 10), 34% foram há cerca de um mês; 21 % há menos de um mês; 11% há mais de um mês, 9% há uma semana, 13% há um ano, 8% há mais de um ano e 4% há menos de um ano.

A percentagem dos alunos que mudam de escovas de dentes (Gráfico 11) é de 92%.

Gráfico 12: Período de trocas de escovas de dentes

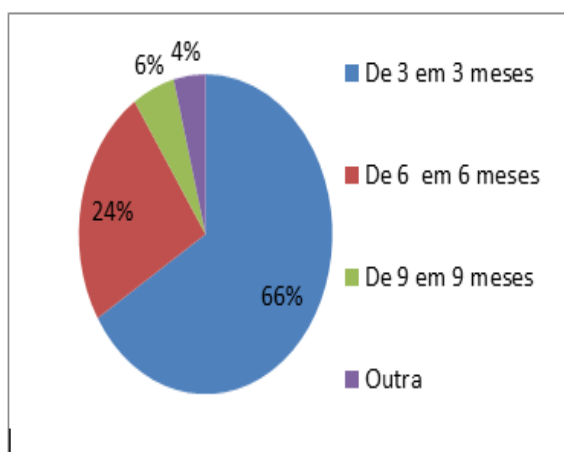
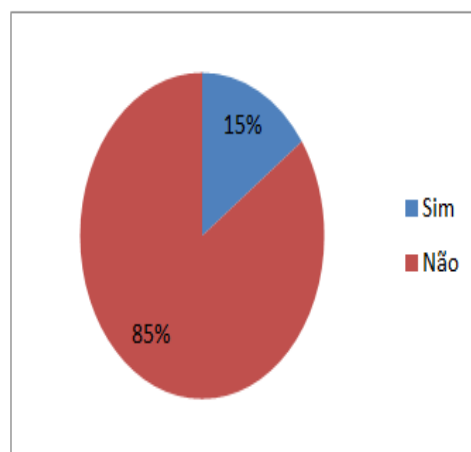


Gráfico 13: Uso de escovas de dentes de outras pessoas



Dos que mudam de escovas de dentes, 66% afirmam que trocam de escovas de 3 em 3 meses, 24% de 6 em 6 meses, 6% de 9 em 9 meses e 4% em outro período (Gráfico 12).

Relativamente ao uso de escovas de dentes de outras pessoas (Gráfico 13), 85% afirmaram que nunca o fizeram e 15% afirmam que já usaram escovas de outras pessoas.

Gráfico 14: Quando

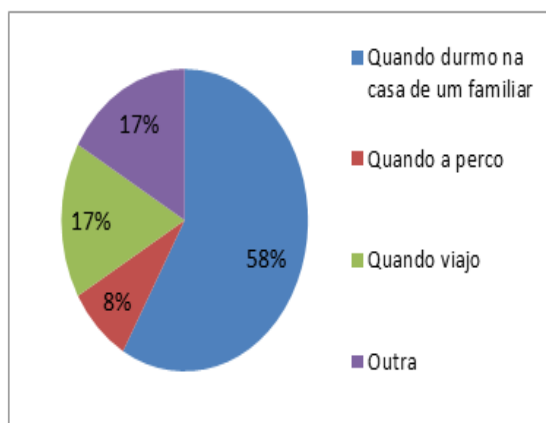
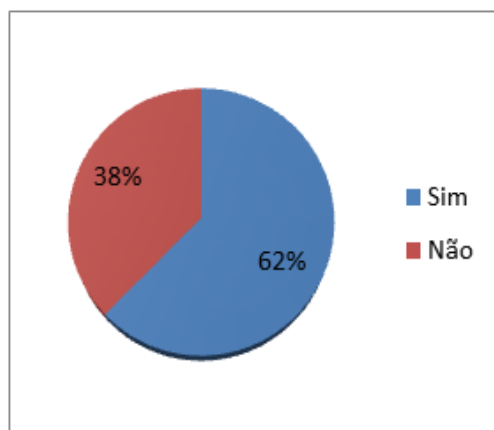


Gráfico 15: Dores nos dentes



Dos alunos que usam escovas de dentes de outras pessoas (15%), 58% revelam que isso acontece quando dormem na casa de um familiar, 17% em outras ocasiões, 17% quando viajam e 8% quando perdem as suas escovas.

Em relação à presença ou ausência de dores nos dentes (Gráfico 15), a maioria (62%) afirma que sim e 38 % afirmam que não.

Gráfico 16: Sangramento ao escovar os dentes

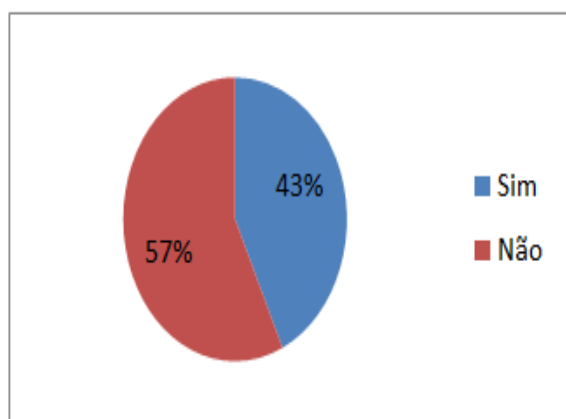
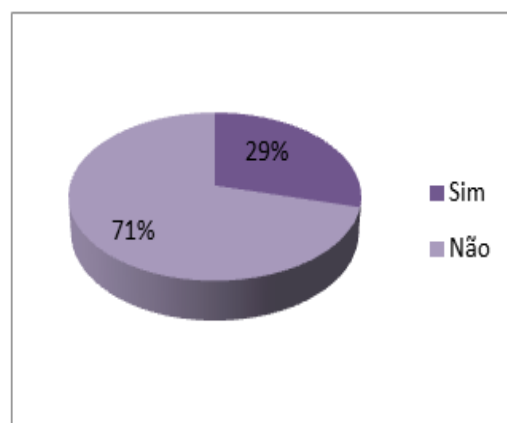


Gráfico 17: Cárie dentária



Relativamente ao sangramento nos dentes durante a escovagem (Gráfico 16), verifica-se que 57% não sangram e 43% sangram.

Quanto à presença da cárie dentária (Gráfico 17), 71% não apresenta este problema e 29% afirmam ter cárie.

Gráfico 18: Consumo na cantina escolar

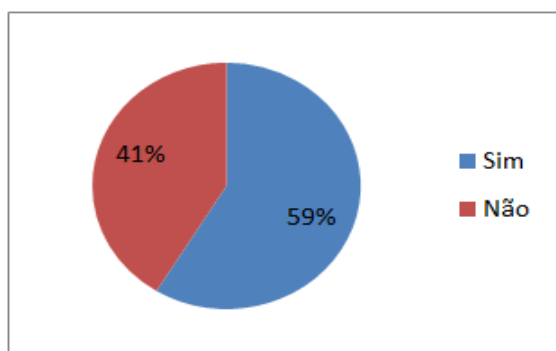
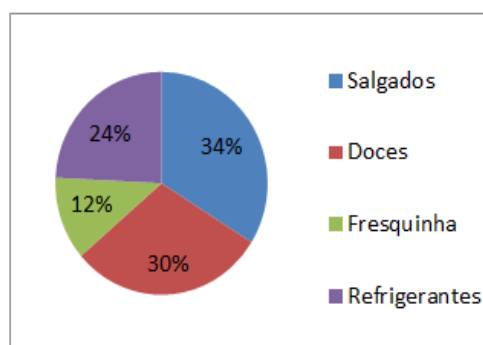


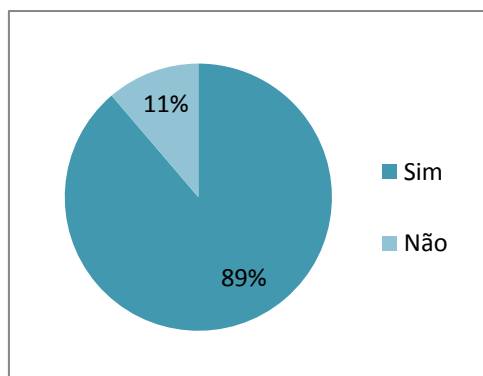
Gráfico 19: Alimentos consumidos nos intervalos



No que concerne ao consumo na cantina escolar (Gráfico 18), 59% dos alunos afirmam que sim e 41 % dizem que não.

Quanto aos alimentos consumidos nos intervalos (Gráfico 19), 34% preferem consumir salgados, 30 % doces, 24 % refrigerantes e 12 % “fresquinhas”.

Gráfico 20: Gostos pelas pastilhas elásticas; “xupa-xupa” e rebuçados



Quanto ao gosto pelas pastilhas elásticas, “xupa-xupa” e rebuçados (Gráfico 20), 89% afirmam que gostam e 11% que não gostam.

Gráfico 21: Frequência do consumo

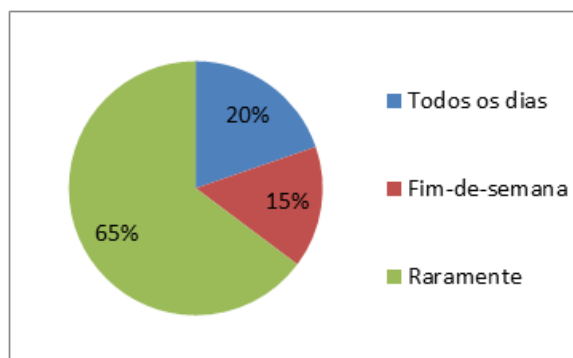
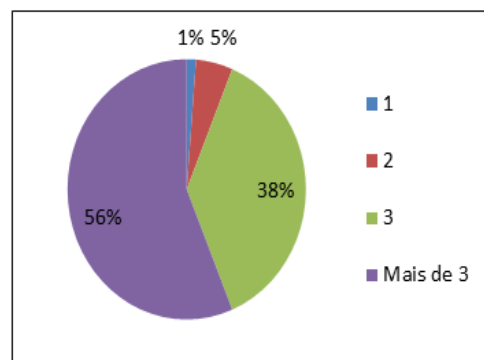


Gráfico 22: N° de refeições/dia realizadas em casa



Dos que gostam de pastilhas elásticas, “xupa-xupa” e rebuçados, 65% consomem-nos raramente, 20% todos os dias, enquanto que 15% somente nos fins-de-semana.

Em relação ao número de refeições diárias realizadas em casa (Gráfico 22), a maioria, com uma percentagem de 56%, afirma realizar mais que três refeições, 38% três vezes, 5% duas vezes e somente 1% realiza uma única refeição diária.

Gráfico 23: Refeições realizadas em casa

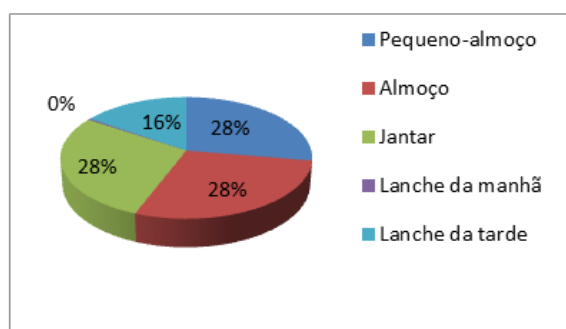
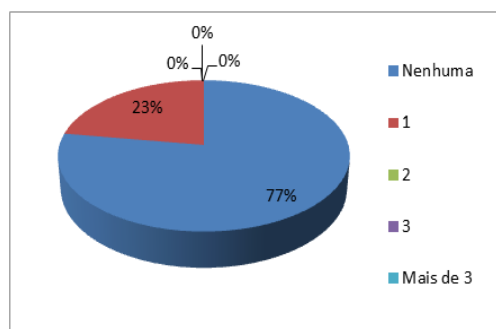


Gráfico 24: N° refeições/dia realizadas na rua



Das refeições realizadas em casa, o pequeno-almoço; almoço e jantar têm a mesma percentagem (28%), e a restante com 16% realiza o lanche à tarde e 0% no

lanche no período de manhã, sendo que todos os alunos inquiridos, de manhã encontram-se na escola (Gráfico 23).

A maioria dos inquiridos, com uma percentagem de 77%, afirmam que não realizam nenhuma refeição na rua, e a minoria, com uma percentagem de 23% realizam somente uma refeição diária na rua (Gráfico 24), sendo que no horário do lanche de manhã encontram-se fora da residência, mais concretamente na escola.

Gráfico 25: Preferência da temperatura dos líquidos

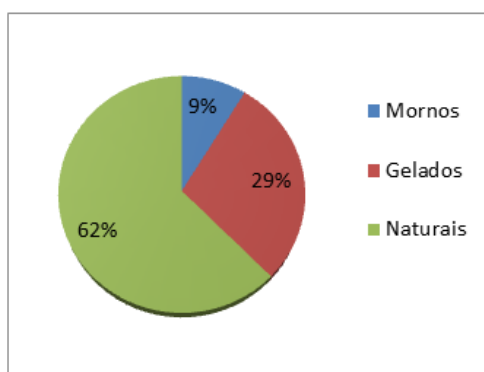
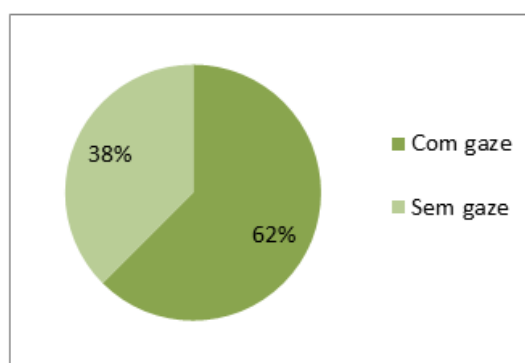


Gráfico 26: Preferência pelos sumos



Verificámos que a maioria dos inquiridos (62%) prefere consumir os líquidos naturais, 29% gelados e os restantes (9%) preferem-nos mornos (Gráfico 25).

Em relação à preferência pelos sumos, a maioria dos inquiridos com uma percentagem de 62% prefere-os os com gás e a minoria (38%) prefere-os sem gás (Gráfico 26).

Gráfico 27: Preferência pelas refeições

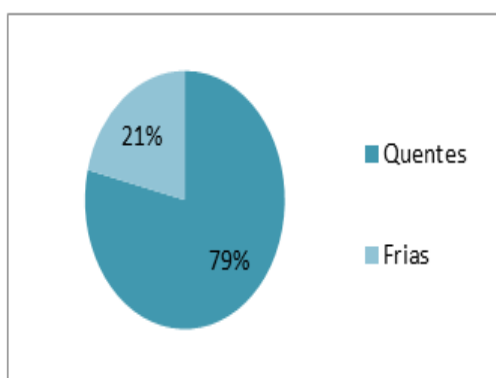
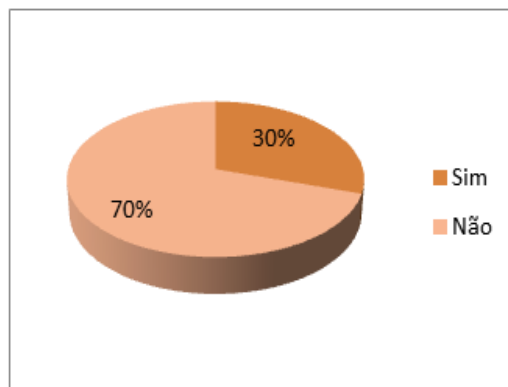


Gráfico 28: Mistura de alimentos quentes/frios



Relativamente à preferência pelas refeições (Gráfico 27), 79% afirmam preferir as refeições quentes e 21% preferem-nas frias.

Quanto ao hábito de misturar alimentos quentes com os frios (Gráfico 28), 70% afirmam não o ter e 30% afirmam que têm este hábito, principalmente no almoço.

Apresentação dos dados 11ºano

Gráfico 29: Idade

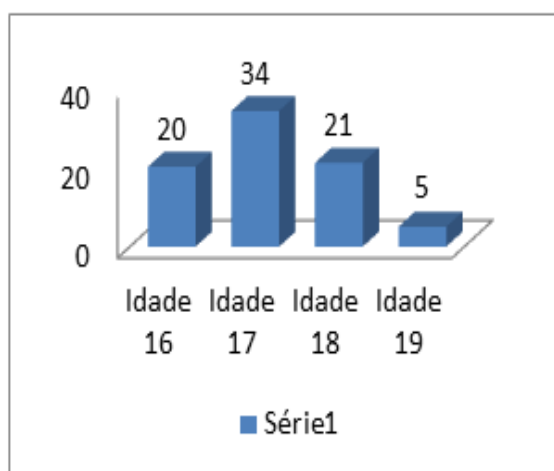
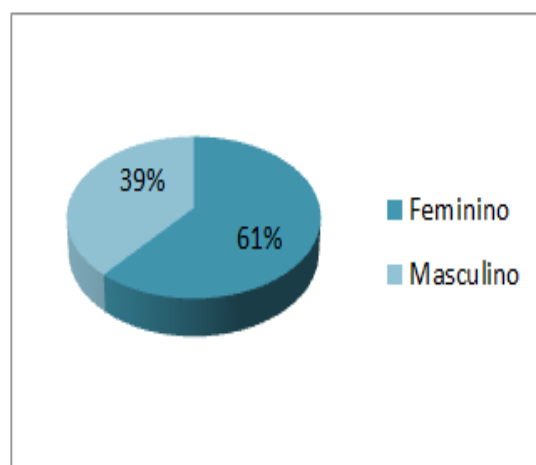


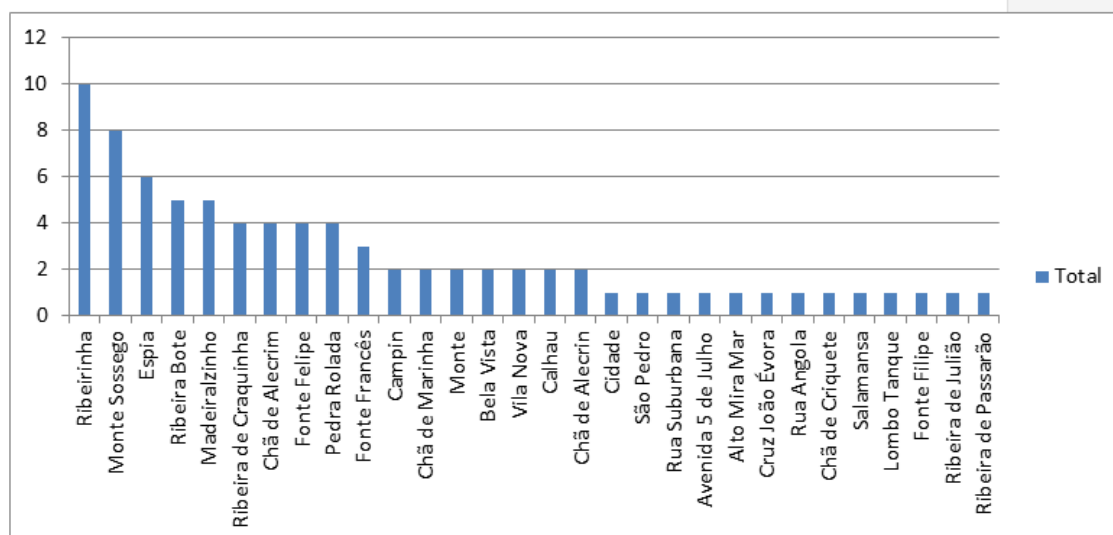
Gráfico 30: Sexo



A idade dos inquiridos (Gráfico 29) encontra-se entre os 16 e os 19 anos, sendo que a maioria (43%) tem 17 anos.

No que diz respeito ao género (Gráfico 30), verificou-se a predominância do género feminino (61%) sobre o género masculino (39%).

Gráfico 31: Zonas dos inquiridos



Quanto à zona de residência dos inquiridos (Gráfico 31), apresentam-se distribuídos em várias zonas, havendo maior predominância de alunos da Ribeirinha (10), seguida de Monte Sossego (8); Espia (6); Ribeira Bote (5); Madeiralzinho (5). As restantes zonas representam a minoria.

Gráfico 32: Frequência da higiene oral/ diário

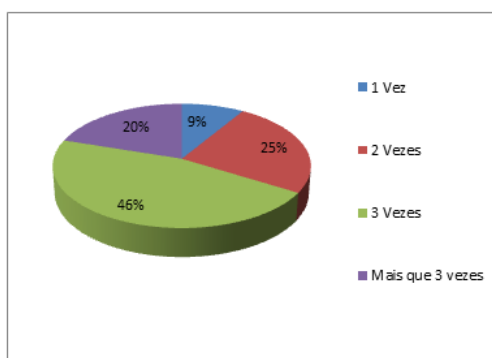
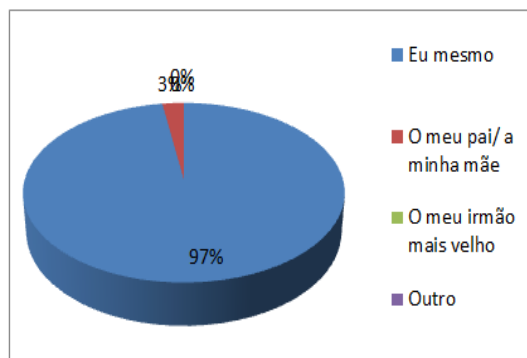


Gráfico 33: Quem controla a higiene oral



Há 99% dos alunos que afirmam escovar os dentes todos os dias, mas, entretanto, quanto à frequência da higiene oral diária (Gráfico 32) 46% afirmam escovar os dentes três vezes por dia, 25% duas vezes por dia, 20% mais que três vezes ao dia e somente 9% uma vez por dia.

Quanto ao controlo da higiene oral (Gráfico 33), 97% dos alunos afirmam que são eles mesmos quem faz o controlo, 30% é controlado pelo pai ou pela mãe, e nenhum é controlado pelo pai/mãe, nem pelo irmão mais velho ou outra pessoa.

Gráfico 34: Quando a higiene oral é feita

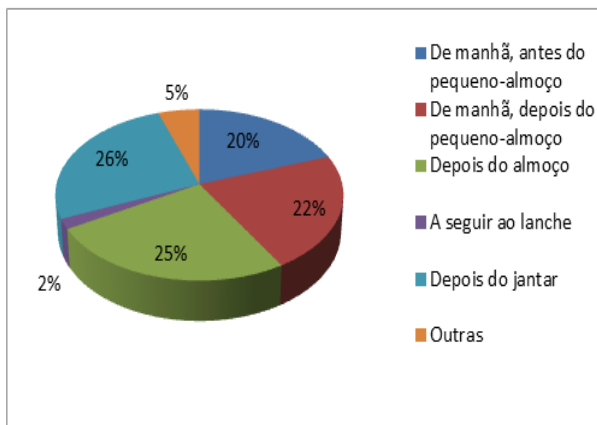
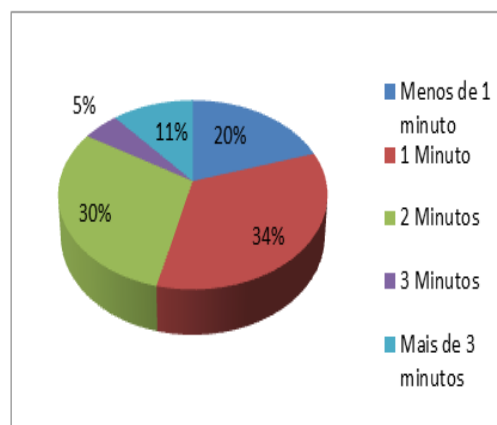


Gráfico 35: Duração da escovagem dos dentes



Em relação ao momento em que a higiene oral é feita (Gráfico 34), 26% dizem que é depois do jantar, 25% realiza a higiene depois do almoço, 22% de manhã depois do pequeno-almoço, 20% de manhã antes do pequeno-almoço, 5% em outras ocasiões e somente 2% a seguir ao lanche.

Actualmente 34% dos alunos afirmam escovar os dentes durante um minuto, 30% em dois minutos, 20% em menos de 1 minuto, 11% em mais de 3 minutos e 5% em três minutos (Gráfico 35).

Gráfico 36: Uso do fio dental

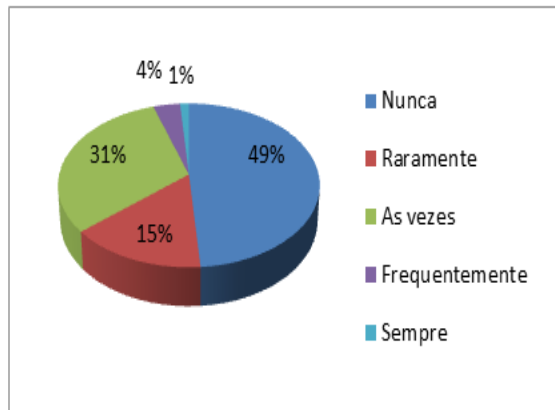
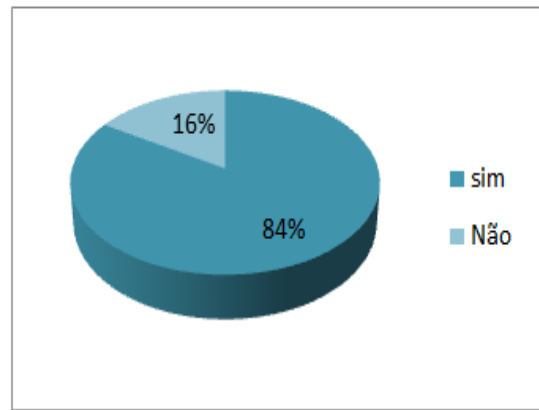


Gráfico 37: Visitas ao dentista



No que concerne ao uso do fio dental (Gráfico 36), 49% nunca usou, 31% às vezes, 15% raramente, 4% frequentemente e 1% sempre.

Relativamente às visitas ao dentista (Gráfico 37), verificámos que 84% dos alunos inquiridos já foram ao dentista, havendo 16% que nunca foram ao dentista.

Gráfico 38: Última visita ao dentista

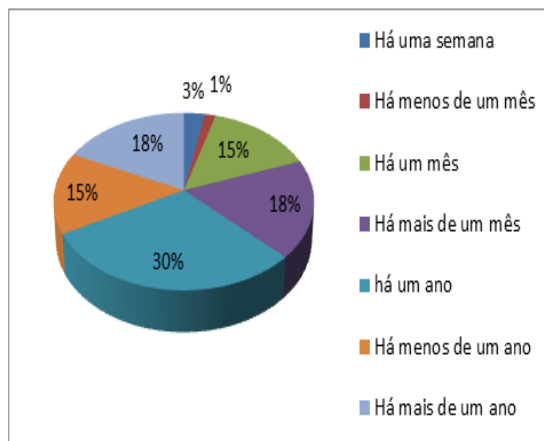
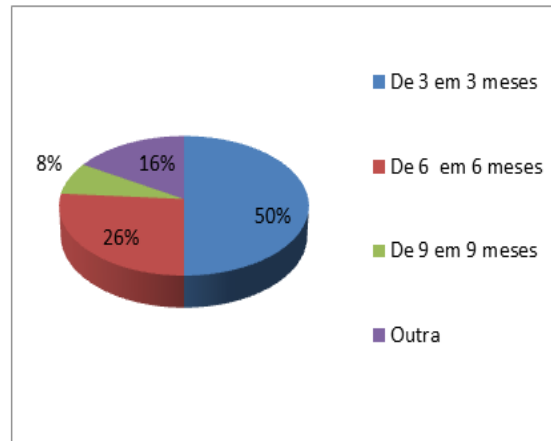


Gráfico 39: Período de troca de escovas



Dos 84% dos inquiridos que já foram ao dentista, conseguimos apurar que a última visita foi feita por 30% (Gráfico 38) e ocorreu há um ano; 18 % há mais de um mês e há mais de um ano, 15% há um mês em menos de um ano, 3% há uma semana atrás, e 1% há menos de um mês.

A percentagem dos alunos que mudam de escovas de dentes é de 100%. Desses, 50% afirmam que trocam de escovas de 3 em 3 meses, 26% de 6 em 6 meses, 16% em outro período e 8% de 9 em 9 meses (Gráfico 39).

Gráfico 40: Uso de escovas de dentes de outras pessoas

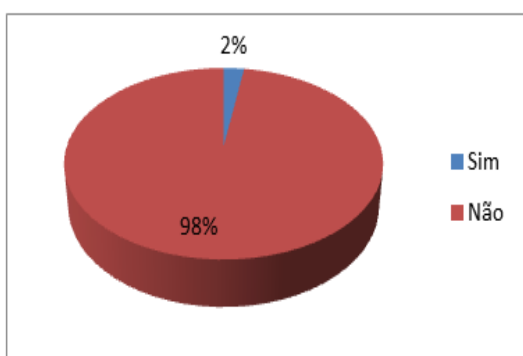
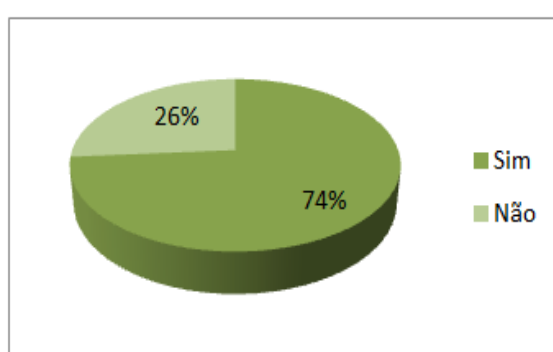


Gráfico 41: Dores nos dentes



Relativamente ao uso de escovas de dentes de outras pessoas (Gráfico 40), 98% afirmaram que nunca tiveram tal comportamento e somente 2% afirmam que já usaram escovas de outras pessoas. Desses 2%, metade indica que foi quando dormiu na casa de um familiar e a outra metade quando perde a sua escova.

Dos que referem ter dores nos dentes (Gráfico 41), a maioria (74%) afirma que sim e 26 % afirmam que não.

Gráfico 42: Sangramento ao escovar os dentes

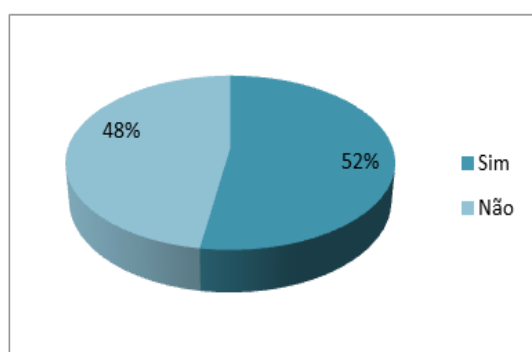
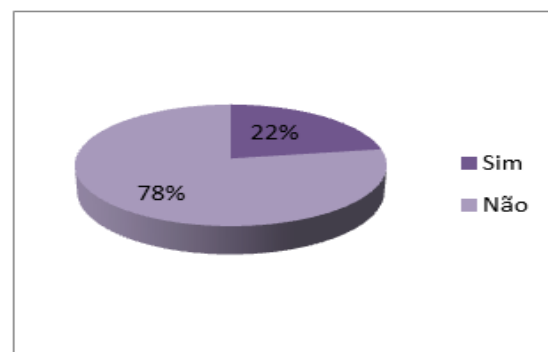


Gráfico 43: Cárie dentária



Relativamente ao sangramento nos dentes durante a escovagem (Gráfico 42), verifica-se que 52% sangram e 48% não sangram.

Quanto à presença da cárie dentária (Gráfico 43), 78% não apresenta este problema e 22% afirmam ter cárie.

Gráfico 44: Consumo na cantina escolar

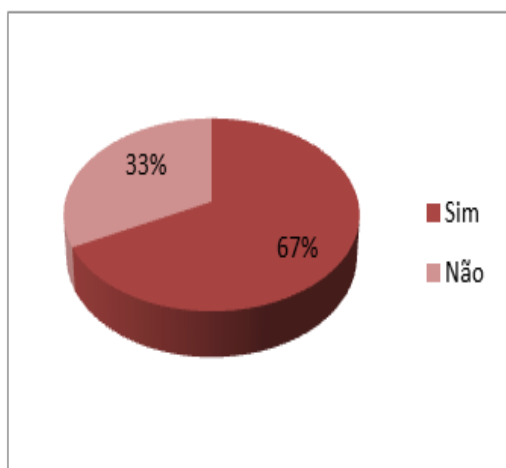
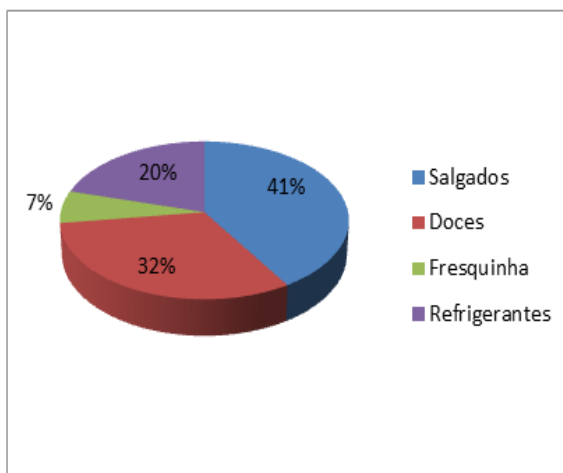


Gráfico 45: Alimentos consumidos nos intervalos



No que concerne ao consumo de produtos na cantina escolar (Gráfico 44), 67% dos alunos afirmam que sim e 33 % dizem que não.

Quanto aos alimentos consumidos nos intervalos (Gráfico 45), 41% preferem consumir salgados, 32 % doces, 20 % refrigerantes e 7 % “fresquinhas”.

Gráfico 46: Gostos pelas elásticas, “xupa-xupa” e rebuçados

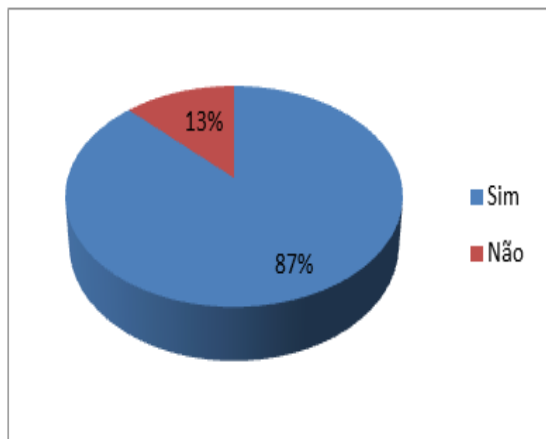
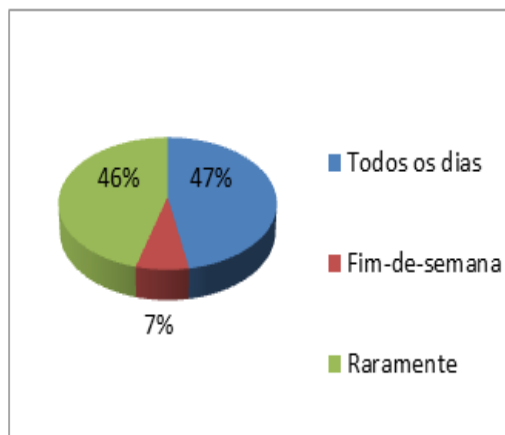


Gráfico 47: Frequência do consumo



Quanto aos gostos pelas pastilhas elásticas, “xupa-xupa” e rebuçados (Gráfico 46), 87% afirmam que gostam e que 13% não gostam.

Dos 87% que gostam dos produtos mencionados no gráfico 46, 47% os consomem todos os dias, 46% todos raramente, enquanto que 7% somente nos fins-de-semana (Gráfico 47).

Gráfico 48: N° de refeições/dia realizadas em casa

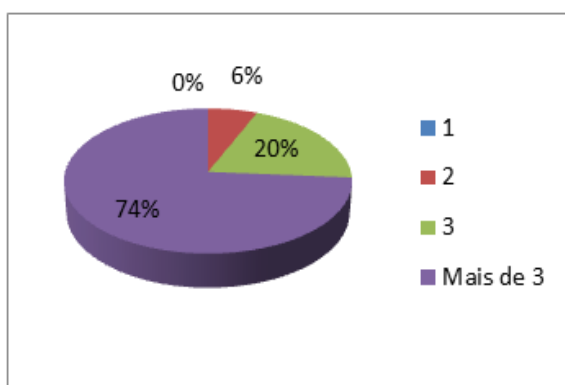
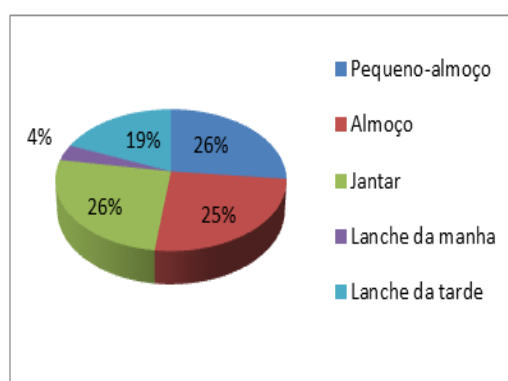


Gráfico 49: Refeições realizadas em casa



Em relação ao n° de refeições diárias realizadas em casa (Gráfico 48), a maioria com uma percentagem de 74%, afirma realizar mais que 3 refeições, 20% três e 6% duas.

Das refeições realizadas, o pequeno-almoço e o jantar têm a mesma percentagem (26%), 25% pequeno-almoço, 19% realiza o lanche da manhã e o restante 4% no lanche da tarde (Gráfico 49).

Gráfico 50: N° de refeições/dia realizadas na rua

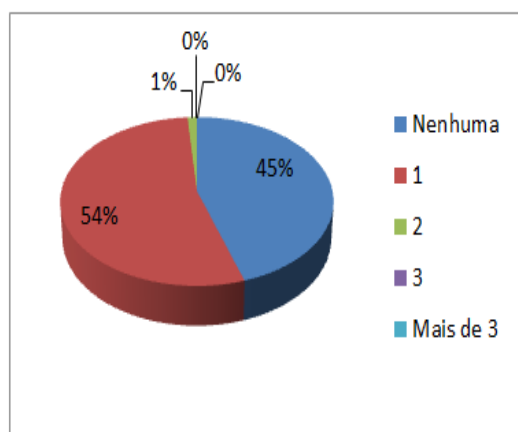
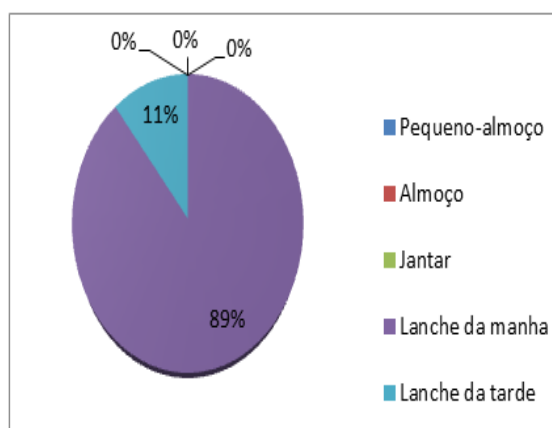


Gráfico 51: Refeições/dia realizadas na rua



Mais de metade dos inquiridos, com uma percentagem de 54%, afirma que realiza uma refeição na rua, 45% não realizam nenhuma, e somente 1% realizam uma refeição (Gráfico 50).

Das refeições realizadas na rua, 89% correspondem ao lanche no período de manhã, porque a maioria se encontra fora da residência, ou seja na escola, e o restante (11%) realiza o lanche da tarde (Gráfico 51).

Gráfico 52: Preferência da temperatura dos líquidos

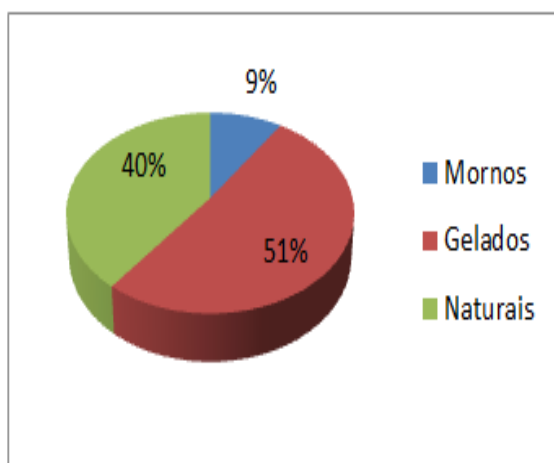
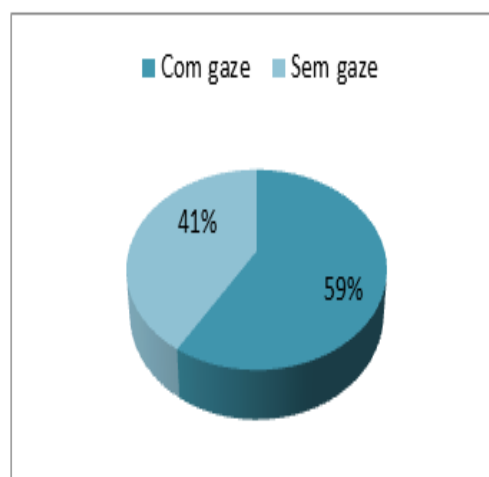


Gráfico 53: Preferência pelos sumos



Verificámos que 51% dos inquiridos preferem consumir os líquidos gelados, 40% preferem-nos naturais e os restantes (9%) mornos (Gráfico 52).

Em relação à preferência pelos sumos, mais de metade dos inquiridos (com uma percentagem de 59%) preferem-nos com gás e a minoria (41%) prefere-os sem gás (Gráfico 53).

Gráfico 54: Preferência pelas refeições

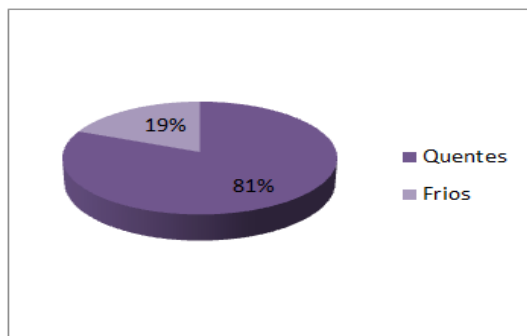
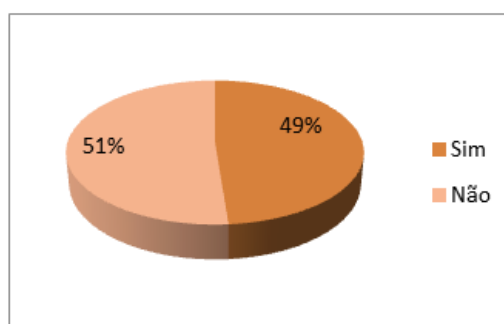


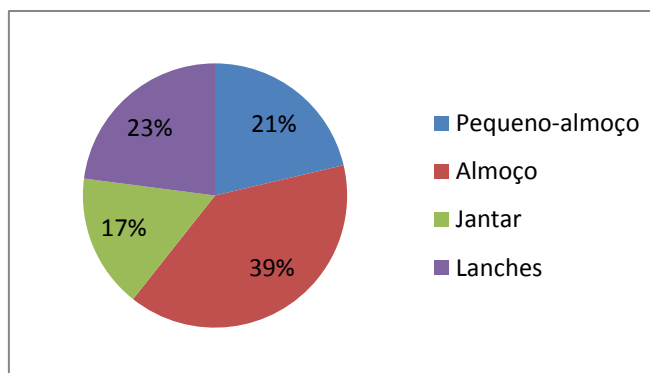
Gráfico 55: Mistura de alimentos quentes/frios



Relativamente à preferência pelas refeições (Gráfico 54), 81% afirmam preferir as refeições quentes e 19% preferem-nas frias.

Quanto ao hábito de misturar alimentos quentes com os frios (Gráfico 55), 51% afirmam não ter esse comportamento e 49% afirmam que têm este hábito.

Gráfico 56: Quando misturam os alimentos



Dos alunos que costumam misturar alimentos quentes com os frios, 39% misturam os alimentos no almoço, 23% nos lanches, 21% no pequeno-almoço e 17% no jantar (Gráfico 56).

Interpretação dos resultados

De acordo com a análise geral dos dados, verificámos uma grande autonomia por parte dos alunos inquiridos de ambos os níveis, sendo que a maioria controla a própria higiene oral e quanto à frequência da mesma é realizada 3 ou mais vezes ao dia, principalmente depois do jantar, sendo que à noite, quando a higiene oral não é realizada, os restos dos alimentos permanecerão por muito mais tempo na cavidade oral desenvolvendo o aparecimento da placa bacteriana e posteriormente o aparecimento da cárie dentária e outras patologias de foro oral.

Quanto à duração da escovagem dos dentes, a maioria afirma durar 1 minuto e a minoria variou, sendo 1% mais de três minutos no 7º ano e 5% cerca de três minutos no 11º ano.

Em média, metade dos inquiridos nunca usaram fio dental, e 75% afirmam ter ido ao dentista.

De uma forma geral, em ambos os níveis de ensino analisados, a maioria apresenta uma higiene oral adequada, baseado nos dados relacionados com o número de escovagem diário dos dentes e a duração da mesma.

A minoria dos inquiridos, tanto no 7º como no 11º ano afirmam não ter cárie dentária, mas entretanto a maioria já teve ou tem sangramento durante a escovagem dos dentes e também dores nos mesmos. A percentagem desses sintomas não corresponde à percentagem da cárie dentária. Existe uma grande diferença, o que nos leva a pensar que algumas respostas poderão ser esclarecidas numa fase posterior com a observação da cavidade oral.

A cárie dentária muitas vezes não é visível, e vai desenvolvendo-se de forma silenciosa. Deste modo, e tendo em conta a hipersensibilidade dentária durante o contacto dos dentes com os alimentos, principalmente os doces, gelados e quentes, acreditamos que muitos têm cárie dentária, mas ainda não é visível.

Dos inquiridos, 88% afirmam que gostam de pastilhas elásticas, “xupa-xupa” e rebuçados, 71% preferem sumos com gás, 40% misturam alimentos quentes com os frios. Ora, são hábitos e comportamentos extremamente prejudiciais para os dentes porque agredem o esmalte e desgastam-no.

Estabelecendo uma comparação entre os alunos do 7º e do 11º anos, constatámos que a maioria dos inquiridos do 7º ano é do sexo masculino (51%); dos do 11º ano 61% são femininos. Em relação à forma como a higiene oral diária é feita, verificámos que há uma maior tendência para os alunos do 7º ano procederem como é recomendado (três vezes ao dia). Entretanto, quanto ao controlo da higiene por parte dos pais, os alunos do 11º demonstram ser mais autónomos, na medida em que 97% revela que o controlo é realizado por eles.

A higiene oral, quando feita depois das refeições é considerada mais importante quando feita depois do jantar, sendo a percentagem dos alunos do 7º ano (30%), superior em relação aos do 11º ano (26%).

Quanto à escovagem correcta e eficaz dos dentes recomenda-se que dure pelo menos dois minutos, assim esta norma é cumprida maioritariamente pelos alunos do 11º ano, com 30% e minoritariamente quanto a este tempo, em relação aos do 7º ano (26%).

As visitas periódicas ao dentista são extremamente importantes para a manutenção da saúde oral e quanto a isto a percentagem dos alunos do 11º (84%) é superior à dos do 7º ano (67%), sendo este valor considerado positivo.

Quanto à mudança das escovas de dentes, 100% dos alunos do 11º afirmam que o fazem, em relação a 92% dos do 7º ano.

No que concerne ao uso de escovas de dentes de outras pessoas, 2% dos alunos do 11º afirmam que o fazem e 15% dos do 7º dizem já ter tido tal comportamento. Isto demonstra que há uma maior maturidade por parte dos do 11º ano.

Em relação aos sintomas da cárie dentária que foram avaliados (dores nos dentes e sangramento durante as escovagens dos mesmos), a percentagem dos alunos do 11º é aproximadamente 10% superior aos do 7º ano. No entanto os do 7º apresentam uma percentagem (29%) maior da cárie dentária face aos do 11º ano (22%).

Constatámos também que, quanto à preferência dos sumos que contêm gases, os alunos do 7º apresentam uma percentagem superior (62%) em relação aos do 11º ano (59%). E quanto à mistura dos alimentos quentes com os frios os alunos do 7º apresentam uma percentagem inferior (30%) em relação à dos do 11º ano (49%).

Tendo em conta a apresentação dos dados feita anteriormente e ainda os processos de enfermagem, nos **diagnósticos de enfermagem** pudemos detectar alguns problemas durante a análise dos dados, tendo em conta os diagnósticos de NANDA. Foram eles:

- ✓ **Potencial para infecção**, sendo a definição “o estado no qual o indivíduo está com risco aumentado para ser invadido por organismo patogénico” (NÓBREGA, Maria et al, 1992: 10).

Resultados:

- 35% dos alunos do 7º ano escovam os dentes menos de três vezes ao dia, e no 11º ano 31%;
- 15% dos alunos do 7º ano usam escovas de dentes de outras pessoas, e no 11º ano apenas 2% tem esse comportamento.

Características definidoras:

- Má higiene oral;
- Preferência por alimentos prejudiciais à saúde.

Factores relacionados:

- Presença de cárie dentária;
- Presença de factores de risco.

- ✓ **Mucosa oral alterada**, “entendida como o estado no qual o indivíduo experimenta uma mudança na estrutura e função da mucosa oral” (NÓBREGA, Maria et al, 1992: 22).

Resultados:

- 62% dos alunos do 7º ano referem sentir dores nos dentes, e 74% no 11º ano;
- 43% dos alunos do 7º ano referem ter sangramento nos dentes durante a higiene oral, e 52% no 11º ano;
- 29% dos alunos do 7º ano referem ter cárie dentária, e 22% no 11º ano.

Características definidoras:

- Dor ou desconforto oral;

- Lesão oral.

Factores relacionados:

- Dentes cariado;
- Higiene oral inefectiva;
- Má alimentação.

- ✓ **Manutenção da saúde alterada**, definida como “o estado no qual o indivíduo apresenta inabilidade para identificar ou resolver problemas de saúde, ou para buscar ajuda para manter a saúde” (NÓBREGA, Maria et al, 1992: 36).

Resultados:

- 35% dos alunos do 7º ano escovam os dentes menos de três vezes ao dia, e no 11º ano 31%;
- 89% dos alunos do 7º ano gostam de consumir doces, e no 11º ano 87%;
- 62% dos alunos do 7º ano preferem consumir sumos com gases, e no 11º ano 59%;
- 30% dos alunos do 7º ano misturam alimentos quentes com os frios, e no 11º ano 49%.

Características definidoras:

- Falta demonstrada de conhecimento sobre a saúde oral;
- Défice de comportamento em busca da saúde;
- Desinteresse expresso em comportamentos de promoção da saúde;

Factores relacionados:

- Má higiene oral;
- Má alimentação;

Durante a realização do nosso trabalho constatámos que são diversos os produtos alimentares consumidos pelos alunos. Estão à venda nas cantinas, como também nos arredores das escolas. Existem escolas que proíbem a saída dos alunos nos intervalos e esta medida diminui a possibilidade de compra dos alimentos na rua, mas mesmo assim é efectuada a venda junto aos muros das escolas. Neste sentido, é recomendado uma maior fiscalização por parte das instituições.

Quanto às cantinas escolares, a maior parte dos produtos alimentícios (doces; bolos; pizzas; refrigerantes, gelados; pastinhas elásticas, entre outros) que dispõem são

prejudiciais à saúde. Também constatámos falta de higiene em algumas cantinas, alguns alimentos estão expostos à contaminação porque, muitas vezes, a mesma mão utilizada para receber dinheiro dos produtos (tanto nas escolas como nas vendedeiras que se encontram nos arredores) é utilizada para os apanhar e os entregar.

Na fase de **Planeamento**, de acordo com os problemas identificados, considerámos prioritário apostar no tratamento e na capacitação junto dos alunos que têm cárie e apostar mais na prevenção e na capacitação dos que não a têm, de modo a reduzir a incidência da cárie dentária, as suas manifestações (hipersensibilidade nos dentes, dores nos dentes e sangramento nos mesmos durante a higiene), proporcionar mudanças de comportamentos de risco, principalmente a má alimentação e ainda sensibilizar a comunidade a procurar dentistas, como um meio de complementar a saúde oral. Tudo isto pode ser feito através da EpS, com a criação programas de saúde escolar que envolvam crianças, adolescentes e jovens. Da nossa parte realizámos sessões de EpS (Anexo V) nas escolas envolvendo somente um determinado grupo de alunos, mas isso não é o suficiente, pois é um trabalho que deve ser sistematizado, sendo que em cada ano surgem novos alunos. Paralelamente deve incluir os pais/ encarregados de educação, já que a família é a base da educação e todos os membros devem estar informados, para que os conhecimentos apreendidos sejam colocados na prática da melhor forma possível, prevenindo doenças e as suas complicações.

Ambicionamos com este trabalho promover a aquisição de comportamentos saudáveis no âmbito da saúde oral, mas como foi referido anteriormente, este tipo de trabalhos devem ser contínuos para terem um maior grau de eficácia.

Nesse sentido, definimos como objectivos específicos:

- Conhecer a realidade da comunidade escolar (ao aplicar os inquéritos);
- Desenvolver e participar em acções ou projectos de intervenção no âmbito da enfermagem comunitária tendo por base o diagnóstico de saúde existente no local;
- Compreender a importância do trabalho em equipa e a intervenção dos vários elementos que constituem a mesma;
- Promover a aquisição de comportamentos e conhecimentos acerca da saúde oral;

- Sensibilizar a população escolar em relação à importância de prevenção de possíveis doenças decorrentes de comportamentos de risco (durante as palestras realizadas).

Sendo que os dados recolhidos e analisados foram relacionados com os hábitos de higiene oral e os hábitos alimentares, a **fase da implementação de intervenções/execuções** levou em consideração estes aspectos.

Quanto aos hábitos de higiene oral há muito que fazer. Acreditamos que poderá ser feito através da EpS de forma constante e envolvendo a comunidade, pois, conhecer o problema ou o perigo, pode permitir reduzir ou ser mais fácil de se resolver.

Acreditamos que o contacto com a comunidade é muito frutífero no sentido de nos aproximarmos das necessidades reais dos adolescentes e jovens, pois ao saber os motivos que os levam a procurar atendimento odontológico, teremos capacidade para os orientar e apostar na prevenção junto dos mais jovens. Assim, recomendamos que sejam desenvolvidas acções educativas em todas as actividades nas escolas, pois desta forma estaremos usufruindo do interesse da pessoa em determinado assunto para lhe transmitir os conhecimentos, tendo sempre o cuidado de usar uma linguagem clara, simples, e adequada à cultura e idade da pessoa. Devemos também nos lembrar que, para que ocorra uma boa transmissão de conhecimento é imprescindível um relacionamento interpessoal bom e capaz de estabelecer confiança.

Quanto à alimentação, consideramos que esta é um factor vital e uma fonte de prazer e de partilha. Ela é muito mais do que apenas nutrientes, na medida em que é um das principais determinantes da saúde. Também, tem um significado muito próprio para cada pessoa e grupo (identidade cultural), porque traduz as condições de vida de cada um, o contexto em que se move, a cultura que perfilha. Educar os jovens, provocar uma mudança social, valorizar práticas saudáveis e desprestigiar hábitos nocivos para a saúde é uma responsabilidade social. São os pais, os professores, os profissionais da saúde, entre outros, que, desempenhando uma cidadania activa, poderão contribuir para essa mudança, um novo olhar sobre as coisas pequenas mas saborosas, um recriar das tradições que recheiem o mundo de significado e favoreçam o progresso em vários domínios, nomeadamente o reaprender a estar à mesa, a partilhar com os outros, a ter capacidade crítica construtiva em relação à alimentação.

Nesse contexto, e tendo a ideia inicial de realizar acções de EpS, trabalhamos nas escolas secundárias do concelho, excepto a Escola Industrial e Comercial do Mindelo, juntamente com os (as) Subdirectores (as) Pedagógicos (as) das escolas. Definimos, os

dias em que seria possível dispensar os alunos das aulas para frequentarem as sessões num espaço amplo capaz de acolher os alunos.

O tema abordado foi “Saúde Oral”, a população alvo os alunos do ensino secundário, nos dias 11, 12, 13 e 27 de Julho de 2013, no período de manhã e de tarde, no auditório. As acções de sensibilização e informação duraram cerca de 60 minutos e transmitidas na Língua Portuguesa e tinham os seguintes objectivos: compreender a importância da higiene oral na prevenção de cáries dentárias; promover a adesão a comportamentos saudáveis por parte da população alvo; compreender a importância de uma alimentação saudável. Para os atingir, adoptámos as seguintes técnicas/estratégias:

- Expor os conteúdos teóricos (Anexo V) em *Powerpoint*;
- Dar exemplos reais relacionados com os conteúdos;
- Apresentar imagens ilustrativas das consequências de uma má higienização da boca e da alimentação;
- Demonstrar como deve ser escovada a cavidade bucal;
- Demonstrar como utilizar o fio dental.
- Questionar os alunos sobre conhecimentos prévios (ex: perguntar “ O que entendem por cárie dentária, e se conhecem outras patologias orais);
- Pedir aos alunos para expusessem as suas dúvidas, que as esclarecessem. Antes de responder, perguntávamos aos colegas se sabiam responder as questões, e, posteriormente, intervínhamos de forma a complementar.

Contámos com a colaboração dos responsáveis das salas de audiovisual; professores que disponibilizaram suas aulas e os alunos (Recursos humanos), e utilizámos um computador; projector e microfone/ sistema de som; cadeiras; máquina de fotografar; modelo de escova e cavidade oral (Recursos materiais).

Durante a realização das palestras tínhamos como principal objectivo sensibilizar a população escolar sobre a adopção de comportamentos e hábitos saudáveis relacionados com a higiene oral e alimentação, mas o ideal seria conseguir emponderá-los. Devido à falta de tempo, porque os alunos estavam quase a terminar o ano lectivo, não conseguimos saber se houve empoderamento, visto que para chegar a esta conclusão teríamos que elaborar outro inquérito e estabelecer uma comparação para saber se houve ou não mudanças positivas perante a nossa intervenção. Sendo assim, o modelo de EpS que adoptamos só conduziu para a sensibilização e transmissão de conhecimentos.

Na fase da **avaliação final** constatámos que através do modelo utilizado (Modelo de Avaliação diagnosticada dos factores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas educacionais), conseguimos sensibilizar grupos de alunos das escolas secundárias sobre o tema retratado (saúde oral) através do trabalho de EpS feito. Durante as sessões de EpS, houve um *feedback* considerado positivo por parte dos alunos, na medida em que expuseram as suas dúvidas e seus hábitos e comportamentos do dia-a-dia, pois demonstravam-se bastante interessados. Da nossa parte, esclarecemos as dúvidas colocadas, e também durante as exposições, fomos colocando perguntas para determinar o grau de conhecimento dos alunos. Demonstraram conhecer algumas doenças do foro oral, principalmente a cárie dentária, mas a maioria demonstrou não saber que a cárie é provocada por uma bactéria e que é transmissível.

PROPOSTA

Neste trabalho sugerimos algumas orientações para promover uma alimentação saudável nas cantinas escolares, e também propomos a realização de uma semana pedagógica, cujo tema seria a Saúde Oral. O objectivo geral é criar as condições necessárias para que os alunos adquiram comportamentos e hábitos saudáveis relacionados com a alimentação e higiene oral, ou seja, capacitá-los para que possam ter tais hábitos e cuidados. O público-alvo continua a ser os alunos das escolas secundárias da ilha de São Vicente, assim como os seus funcionários, sobretudo os que trabalham nas cantinas, na medida em que preparam e vendem os alimentos.

Sugerimos que, no ano lectivo 2013/2014, dure cinco dias, com início no dia 12 de Maio e fim no dia 16. Isto porque 12 de Maio é o dia da Enfermagem, portanto seria uma forma de comemorar a Semana da Enfermagem.

Incidiria sobre as orientações que se seguem:

- Proporcionar formações aos funcionários das cantinas escolares sobre as formas mais saudáveis de confeccionar os alimentos; cuidados de higiene a ter; informações relacionadas com a nutrição tendo em conta a roda alimentar (as percentagens calóricas; os alimentos que devem ser menos consumidos e os que devem ser mais consumidos; a importância da água; entre outros aspectos que poderão ser abordados).
- Incluir a alimentação como prioridade no Projecto Educativo da Escola;

- Tornar acessível uma grande variedade de produtos alimentares saudáveis; tendo em conta que há pessoas que sofrem de algumas patologias que impõem restrições;
- Mostrar vontade e criatividade para mobilizar a comunidade educativa;
- Proceder com mudanças organizacionais, facilitando uma efectiva participação dos alunos e a colaboração dos professores e dos outros funcionários da escola;
- Assegurar a competência e vigilância dos responsáveis pela aquisição dos produtos alimentares, garantindo a sua qualidade;
- Envolver a comunidade educativa no processo de ofertas alimentares saudáveis aos jovens;
- Garantir uma educação alimentar que desenvolva a capacidade crítica e de selecção fundamentada dos produtos alimentares mais saudáveis.

De seguida, apresentamos uma calendarização da Semana de Enfermagem que idealizámos.

Semana pedagógica para o ano lectivo 2013/2014

Actividade	Objectivos	Data	Beneficiários	Recursos	
				Humanos	Materiais
<u>Observação</u> da cavidade oral juntamente com médicos dentistas e enfermeiros.	Rastrear problemas de saúde oral nos adolescentes e jovens.	12 de Maio	Alunos do ensino secundário	Médicos dentistas Enfermeiros	Espátulas Luvas Canetas <i>laser</i>
<u>Palestras:</u> Truques e cuidados para manter os dentes brancos/ clarear os dentes; O que é saúde oral? Causas/consequências. Tratamento dos problemas de saúde oral (prótese e aparelhos para desportistas).	Informar sobre importância da saúde oral.	13 de Maio	Alunos do ensino secundário	Médicos dentistas; Enfermeiros; Alunos de enfermagem da Universidade do Mindelo (UM)	Retroprojector Computador portátil Microfone
<u>Exposições:</u> Evolução da pasta de dentes; evolução da escova de dentes. Tipos; tamanho e feitios de escovas de dentes; como surgiu a pasta de dentes e como é feita.	Criar e reforçar a identidade dos enfermeiros como cuidador; Promover os cursos de enfermagem, divulgar trabalhos de enfermeiros.	14 de Maio	Alunos do ensino secundário	Médicos dentistas; Enfermeiros; Alunos de enfermagem da UM.	Cartazes Mesas
<u>Curiosidades:</u> Quantas marcas de pastas de dentes existem? Em que ano surgiu a pasta de dentes? Quem inventou a escova de dentes tal como a conhecemos? Como surgiu o fio dental?	Informar sobre os principais utensílios usados para cuidar da saúde oral (escova, pasta e fio dental).	15 de Maio	Alunos das respectivas escolas	Médicos dentistas; Enfermeiros; Alunos de enfermagem da Universidade do Mindelo	Cartazes Mesas Pasta de dentes Escovas de dentes Fio dental.
<u>Palestras para 3º ciclo:</u> Medicina dentária; cursos; especialidades e ofertas de emprego. Palestras sobre: os enfermeiros, a enfermagem.	Informar e sensibilizar os adolescentes e jovens das escolas secundárias sobre os cursos de medicina dentária e sobre o curso de enfermagem e as suas especialidades.	16 de Maio	Alunos do 3º ciclo (11º e 12º ano)	Médicos dentistas; Enfermeiros; Alunos de enfermagem da Universidade do Mindelo.	Retroprojector Computador Portátil Microfone
Apreender a escovar os dentes, escovando. Distribuir <i>kits</i> para cuidar da higiene oral dos alunos carenciados.	Incentivar a escovar os dentes utilizando a técnica correta.	19 de Maio	Alunos do 7º ano	Médicos dentistas; Enfermeiros; Alunos de enfermagem da UM.	Modelo de escova e cavidade oral; kits para cuidar da higiene oral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação teve como finalidade conhecer os hábitos, os comportamentos sobre a saúde oral, sensibilizar a comunidade estudada sobre as medidas preventivas dos problemas de saúde oral. A EpS é uma prática indispensável, que aproxima o profissional de saúde à comunidade melhorando a sua qualidade de vida. O processo educativo deve valorizar todas as práticas dos cuidados de saúde.

No nosso trabalho foi utilizado o modelo de EpS III (**Modelo de Avaliação diagnosticada dos factores predisponentes, reforçadores, facilitadores e causas educacionais**), explicado na quadro teórico, pois serviu para diagnosticar e planear práticas educativas que partem da análise dos factores predisponentes, facilitadores e reforçadores do comportamento, devendo ser posto em prática juntamente com modelos de mudança comportamental. Nesta abordagem “os processos de EpS estão inspirados nos princípios democráticos e de negociação, sendo decidido entre todos quais são os temas que constituem o objectivo principal, quem vai participar, levando a cabo o processo a partir da realidade e não simplesmente recair sobre ela” (Carvalho e Carvalho, 2006: 34). No entanto pretendemos caminhar, em trabalhos futuros, para o 4º modelo (modelo radical) ou 5º modelo (modelo de *empowerment*), criando uma consciência crítica, fomentando a reflexão sobre aspectos da realidade, encorajando a pesquisa e a identificação colectiva das causas da realidade para desenvolver um plano de acção que altere essa realidade ou proporcionar a educação não só na população alvo, mas também o publico em geral, abrangendo os profissionais e outras pessoas. Ora, foi a partir dessa necessidade que emergiu a proposta que fizemos.

Durante a realização do trabalho tivemos muitas dificuldades, tais como: encontrar a bibliografia pertinente sobre o tema em estudo; conseguir a obtenção da autorização por parte dos directores, pois demoraram algum tempo a responder porque dois deles se encontravam fora de São Vicente. Após a obtenção dos consentimentos, tivemos dificuldades em conciliar o horário da aplicação dos inquéritos, as sessões de EpS e o estágio, porque os alunos se encontravam num período de avaliação e nem todos os professores aceitaram ceder uma parte ou mesmo suas aulas para a aplicação dos inquéritos e assistir as sessões de EpS. Como consequência, tivemos que permanecer um período de tempo à espera da disponibilidade das escolas para avançar.

Também, paralelamente às acções de informação e sensibilização de EpS dirigidas aos adolescentes sentimos a necessidade de propor que sejam desenvolvidos projectos

de intervenção em saúde oral com maior incidência na área da prevenção, para que seja possível capacitar e empoderar crianças, adolescentes e jovens, enfim, para que ocorram mudanças de comportamento e de atitude.

Da análise dos resultados, conclui-se que de comportamentos e os hábitos em saúde oral da amostra do estudo são globalmente positivos, ou seja, existem cuidados e a prática adequada de higiene e saúde oral.

A educação alimentar também é relevante e fundamental na formação dos hábitos das crianças. Quem consome mais alimentos ricos em açúcar, principalmente no intervalo das refeições, está, certamente, mais susceptível à cárie dentária. Por isso, nas escolas, deve ser desaconselhado o consumo de guloseimas.

Aumentar o conhecimento dos alunos sobre a cárie dentária não é o suficiente para os motivar. É de extrema importância a necessidade de se dirigir acções de promoção de saúde oral, à população em geral, e aos pais/encarregados de educação com crianças em idade pré-escolar e escolar, podendo esclarecer conceitos essenciais das patologias orais, factores de risco e medidas preventivas a adoptar.

É igualmente fundamental mudar a forma como se faz EpS, mais concretamente na saúde escolar, porque neste momento, em Cabo Verde, os programas que existem limitam-se a incidir sobre os alunos do ensino básico. Quer isto dizer que é pertinente e oportuno que abranja todas as faixas etárias e conte com a participação e financiamento do estado cabo-verdiano porque tais programas só têm avançado com o apoio da cooperação com parceiros estrangeiros. Só assim será possível implementar programas de EpS em todos os níveis de ensino das escolas do país, porque é nessa fase que os hábitos ainda estão a ser formados e, nesse sentido, as acções de saúde oral poderiam ser imprescindíveis para a transmissão de conhecimentos e hábitos e comportamentos saudáveis.

Será igualmente importante promover acções de sensibilização junto dos pais/encarregados de educação, para a escolha da escova e dentífrico adequados, as práticas de escovagem dos dentes das crianças, de modo a reduzir eficazmente a acumulação de placa bacteriana, bem como, para a necessidade de redução do consumo de doces e bebidas açucaradas, principalmente no intervalo das refeições.

Cabo Verde é um país que dispõe de poucos recursos económicos, várias pessoas passam por muitas dificuldades, e nem todos conseguem satisfazer as necessidades básicas. Assim sendo, o Ministério de Educação e Desporto, juntamente com o Ministério da Saúde precisam ser parceiros e apostar mais na EpS, com profissionais da

saúde a realizar intervenções no ambiente escolar com o objectivo principal de prevenir doenças e suas complicações na vida dos alunos e das famílias.

Quanto a propostas de melhorias, apesar de considerarmos que na globalidade o trabalho tenha sido bem-sucedido, sabemos que ainda existe um longo caminho a percorrer. No entanto, foi uma experiência enriquecedora que nos possibilitou reflectir sobre a profissão que escolhemos, nomeadamente sobre os desafios que enfrenta e a nossa intervenção num futuro próximo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Carla; MARTINS, Helena e CATRAPONA, Sandra (2010). Cuidados para uma boa higiene oral. Hospital de São José, Lisboa
- AMANN, Gregoria, (2005). *Programa nacional de promoção da saúde oral*. Direcção-geral da saúde. Lisboa. Ministério da saúde.
- AMORIM, C. (2000). “Para a autonomia de opção (Continuação) ”, *Revista trajectos e Projectos*, Volume 2, nº 2 (25-30).
- ANDRADE, Maria (1996). *Educação para a saúde: Guia para professores e educadores*. Lisboa. Texto Editora.
- BECKER, Daniel et al (2004). “Empowerment e avaliação e participação em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde”, *Ciência e saúde colectiva*, volume 9, nº 3 (655-667)
- CABO VERDE. Programa Nacional de Saúde Escolar (2000) – *Manual do Professor do EBI*. Ministério da Educação, Ciência, Juventude e Desporto; Instituto Caboverdiano de Acção Social Escolar (ICASE);
- CARVALHO, Amâncio e CARVALHO, Graça (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures. Lusociência.
- CORDEIRO, Mário (2010). *O Livro da Criança: Do 1 aos 5 anos*. 5ª Edição, Lisboa, A esfera dos livros.
- DELORS, J. (1999). *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo. Cortez.
- FERREIRA, J.H & AMARAL, M (1990). *Saúde fonte de bem-estar*. 1ª Edição, Lisboa, Edições asa.
- FICASE- LUX DEV (2012). *Análise do estado de saúde dos alunos do 6ºano do ensino básico em São Vicente*. Cabo Verde
- FORTIN, Marie-Fabienne (1996). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta.
- FREIRE, Paulo (1999). *Pedagogia da Autonomia*. 13ª Edição. São Paulo. Paz e Terra.
- KAWAMURA et al (1997). A comparison of self-reported dental attitudes and behavior between selected Japanese and Australians Students. *Journal of Dental Education*, 61, 354-360.

HENDERSON, Virgínia (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures, Lusodidacta.

KUREGANT, P. (1991). *Administração em Enfermagem*. 3ª Edição. EPU. São Paulo.

LAVERACK, Glenn (2008). *Promoção de saúde: poder e empoderamento*. Loures. Lusodidacta.

LESSARD-HÉBERT, Michelle, GOYETTE, Gabriel e BOUTIN, Gerald (1990). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa, Instituto Piaget.

LIMA, José (2007). *Cárie dentária: um novo conceito*. São Paulo

MARTINS, J. et al (2007).” Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio”. *Revista texto & contexto enfermagem*, volume 16, nº 2, (254-262).

McDONALD et al (2000). *Odontopediatria*. 7º Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.

MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO DE DESPORTO (2011). *Anuário de educação: ano lectivo 2010/2011*. Praia

NAVARRO et al (2005). Estudio descriptivo de conocimientos y hábitos de salud bucodental en pacientes de una Zona Básica de Salud. *Medicina de família*, 1, 19-27.

NEVILLE, Brad et al (2002). *Patologia oral e maxilofacial*. 2ª Edição, Rio de Janeiro, Guanabara koogan.

NÓBREGA, Maria et al (1992). *Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA*. Rio de Janeiro, Copyright.

OMD e FDI (2012). “Revista da Ordem dos Médicos dentista”. *FDI visão 2020: Uma reflexão estratégica sobre o futuro da profissão*. Volume, nº 14, 1 (1-44).

POTTER, Patrícia (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição. Lusociência.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª Edição, Lisboa, Gradiva-Publicações, Lda.

RICHARD, Mitchell et al (2006). *Fundamentos de Robbins e Cotran. Patologias. Bases patológicas das doenças*. 7ª Edição, Rio de Janeiro, Elsevier.

SHEIHAM, A. (2005). Oral Health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 644-645.

STANHOPE & LENCASTER (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª Edição. Lisboa. Lusociência.

STRUBERTE, Helen e CARPENTER, Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançado o imperativo humanista*. Loures, Lusociência.

SOUZA, R. et al (2005). "Comunicação entre Profissionais de Enfermagem e Pacientes da Unidade de Pronto Socorro", Nursing. São Paulo, volume 85, nº8, (20-22).

TREZZA, M. et al (2007). "Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no quotidiano da enfermagem: um relato de experiencia", Revista Texto & Contexto Enfermagem, volume 16, nº 2, (326-334).

World Health Organization (2003). The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva.

Websites consultadas:

CABO VERDE. Programa Nacional de Saúde Escolar (2005). Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos. Praia. [on-line],

http://www.google.com.br/#sclient=psyab&q=sau+de+escolar+em+cabo+verde&oq=sau+de+escolar+em+cabo+verde&gs_l=hp.1.0.0.4343.15247.0.17623.27.14.0.8.8.0.2330.16427.21j1j0j2j0j2j2j4.12.0...0.0...1c.1.17.psyab.8WfWPG3rR7w&pbx=1&bav=on.2.or.r_qf.&bvm=bv.48175248,d.Yms&fp=8411407ebdd4942d&biw=1093&bih=498, 20/6 20:27

MIASATO, JM (2000). *Estudo comparativo da prevalência da cárie em crianças que receberam ou não atenção odontológica na Primeira infância*. Tese de Doutorado em Odontologia Área de concentração em Odontopediatria). Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. [on-line],

<http://www.dgdc.minedu.pt/saudeoral/programanacionalsaudeoral.pdf>, 19/11/12

SILVA, JBOR (2005). *Saúde bucal da criança: um estudo entre profissionais e estudantes da área de saúde e pais*. Tese de Doutorado em Odontologia Área de concentração em Odontopediatria). Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. [on-line],

http://www.saudebucal.unitenas.br/extensao/cantilha/saude_bucal.pdf, 14/11/12

RIBEIRO, Sílvia (2008). "Medicina oral". Guimarães. [on-line],

<http://clinicadrsilvioribeiro.blogs.sapo.pt/4260.html>, 17/07/13

RODRIGUES, Carla (2008). Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Lisboa [on-line],

<http://www.repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/716/1/LC411.pdf>, 18/04/13

<http://ww.ionline.com.br/como-evitar-carie/> , 26-01-13

http://www.ficase.cv/index.php?option=co_content&view=article&id=52:saude-escolar&catid=40&Itemid=71 25.04.2013 10:23

http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/.../carta_ottawa.pdf)
02/07/13

[http://www.infopedia.pt/\\$amostra-\(estatistica\)](http://www.infopedia.pt/$amostra-(estatistica)), 02/07/13

http://www.lesoesbucais.com.br/ler_artigo.asp?codigo=74&cat=2, 17/07/13

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Requerimento dirigido ao Delegado do Ministério da Educação e Deporto de São Vicente

ANEXO II – Consentimentos informados dos directores das escolas secundárias

ANEXO III- Modelo de consentimento dirigidos aos pais/encarregados de educação.

ANEXO IV- Modelo do inquérito aplicado

ANEXO V- Conteúdo da Educação para a Saúde dirigido aos alunos

ANEXO I

REQUERIMENTO DIRIGIDO AO DELEGADO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DEPORTO DE SÃO VICENTE

Exmo. Sr. Anildo Eudes Monteiro,
Delegado do Ministério de Educação e Desporto,
São Vicente,

*Tomou conhecimento.
Favor contactar os
Directores das Escolas
Secundárias para
autorizar a aplicação
do inquérito.
Assinatura: [illegible]
20/05/14.*

Nós, Andrea Patrícia Gomes Évora e Iloidy Patrícia Dongo Fortes, alunas do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, no âmbito da realização do trabalho de conclusão de curso, pretendemos trabalhar o tema “saúde oral nos adolescentes”, aplicando inquéritos a um grupo de alunos das escolas secundárias da ilha de São Vicente.

Neste contexto, vimos por este meio, respeitosamente, solicitar a sua autorização para a realização do trabalho pretendido.

Pedimos e aguardamos o deferimento,

Mindelo, 17 de Maio 2013

Andrea Patrícia Gomes Évora

Iloidy Patrícia Dongo Fortes

Andrea Évora

Iloidy Fortes

Andrea Évora
9738808
andreaevora@live.com.pt

Iloidy Fortes
9825679
iloidyfortes@hotmail.com

ANEXO II
CONSENTIMENTOS INFORMADO DOS DIRECTORES DAS
ESCOLAS SECUNDÁRIAS

Consentimento Informado

No âmbito da realização de um trabalho de conclusão de curso de Licenciatura em Enfermagem, cujo tema é "Saúde Oral nos adolescentes", vimos por este meio solicitar a sua colaboração para a sua realização.

É um trabalho de intervenção comunitária que irá decorrer nos meses de Maio e Junho de 2013, nas escolas secundárias da ilha de São Vicente. Serão aplicados inquéritos aos alunos do 7º e 11º anos, com a dupla finalidade: primeiro, conhecer os hábitos e comportamentos a nível da saúde oral dos adolescentes e, segundo, promover a aquisição de comportamentos saudáveis relacionados com a saúde e com a higiene oral.

Deste modo, solicitamos que autorize:

- A recolha de dados através da aplicação de inquéritos (estarão presentes questões relacionadas com os hábitos alimentares e com os cuidados com a higiene oral) aos alunos da escola que dirige;
- A realização de acções de informação e sensibilização sobre a saúde oral dirigida a toda a comunidade educativa;
- A captação de imagens dessas actividades;
- A divulgação dos resultados apurados a partir dos inquéritos.

A sua colaboração é fundamental para a realização deste trabalho e, consequentemente, a formação de futuros profissionais de enfermagem.

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu (nome) Gracinda Amaral,
director da escola secundária Escola Secundária Dr. António e Oficiais autorizo a
realização da pesquisa.

(Assinatura do Director da Escola Secundária)

Nós, comprometemo-nos a cumprir todos os procedimentos éticos requeridos numa investigação, nomeadamente a garantia de confidencialidade no processo de recolha e tratamento dos dados recolhidos.

Andrea Patrícia Gomes Lima
Gracinda Patrícia Dantas Fontes
(Nome completo das autoras do trabalho)

São Vicente, 17 Maio de 2013

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu (nome)

Jose' Cándido Delgado
.....
director da escola secundária
Liceu Judgoso Line autorizo a
realização da pesquisa.

(Assinatura do Director da Escola Secundária)

Nós, comprometemo-nos a cumprir todos os procedimentos éticos requeridos numa investigação, nomeadamente a garantia de confidencialidade no processo de recolha e tratamento dos dados recolhidos.

Andrea Patricia Gomes Lima
Gláucia Patrícia Dantas Fontes
.....

(Nome completo das autoras do trabalho)

São Vicente, 23 Maio de 2013

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu (nome)

Manuel José do Rosário
.....
director da escola secundária
Dr. José Augusto Pinto autorizo a
realização da pesquisa.

(Assinatura do Director da Escola Secundária)

Nós, comprometemo-nos a cumprir todos os procedimentos éticos requeridos numa investigação, nomeadamente a garantia de confidencialidade no processo de recolha e tratamento dos dados recolhidos.

Andrea Patricia Gomes Lima
Gláucia Patrícia Dantas Fontes
.....

(Nome completo das autoras do trabalho)

São Vicente, 22 Maio de 2013

ENTRADA 715
Data 22/05/13

Sacel

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu (nome)

Patrícia Pedro de Andrade Sales Mendes

director da escola secundária

Escola Industrial e Comercial do Arade

autorizo a realização da pesquisa.

(Assinatura do Director da Escola Secundária)

Nós, comprometemo-nos a cumprir todos os procedimentos éticos requeridos numa investigação, nomeadamente a garantia de confidencialidade no processo de recolha e tratamento dos dados recolhidos.

Andrea Patricia Gomes Eiroa

Gláucia Patrícia Dango Fontes

(Nome completo das autoras do trabalho)

São Vicente, 27 Maio de 2013

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu (nome)

António da Luz Delgado

director da escola secundária

Escola Secundária

autorizo a realização da pesquisa.

(Assinatura do Director da Escola Secundária)

Nós, comprometemo-nos a cumprir todos os procedimentos éticos requeridos numa investigação, nomeadamente a garantia de confidencialidade no processo de recolha e tratamento dos dados recolhidos.

Andrea Patricia Gomes Eiroa

Gláucia Patrícia Dango Fontes

(Nome completo das autoras do trabalho)

São Vicente, 20 Maio de 2013

ANEXO III
MODELO DE CONSENTIMENTO DIRIGIDOS AOS
PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO.

Consentimento Informado

Caro(a) Encarregado(a) de Educação,

No âmbito da realização de um trabalho de conclusão de curso de Licenciatura em Enfermagem, cujo tema é “Saúde Oral nos adolescentes”, vimos por este meio solicitar a sua colaboração para a sua realização.

É um trabalho de intervenção comunitária que irá decorrer nos meses de Maio e Junho de 2013, nas escolas secundárias da ilha de São Vicente. Serão aplicados inquéritos aos alunos do 7º e 12º anos, com a dupla finalidade: primeiro, conhecer os hábitos e comportamentos a nível da saúde oral dos adolescentes e, segundo, promover a aquisição de comportamentos saudáveis relacionados com a saúde e com a higiene oral.

Deste modo, solicitamos a sua colaboração para:

- Autorizar a participação do seu educando na aplicação de um inquérito (estarão presentes questões relacionadas com os hábitos alimentares e com os cuidados com a higiene oral);
- Participar em acções de informação e sensibilização sobre a saúde oral dirigida a toda a comunidade educativa;
- Autorizar a captação de imagens dessas actividades;
- Autorizar o tratamento dos dados recolhidos e a divulgação dos resultados apurados a partir dos inquérito.

A sua colaboração é fundamental para a realização deste trabalho e, consequentemente, a formação de futuros profissionais de enfermagem.

Em conformidade com o exposto e para os referidos efeitos, eu concordo em participar neste trabalho e dou consentimento para que o meu educando (nome) participe nas actividades.

.....

(Assinatura do(a) Encarregado(a) de Educação)

Nós, comprometemo-nos a cumprir todos os procedimentos éticos requeridos numa investigação, nomeadamente a garantia de confidencialidade no processo de recolha e tratamento dos dados recolhidos.

.....

.....

(Nome completo das autoras do trabalho)

São Vicente, _____ Maio de 20

ANEXO IV
MODELO DO INQUÉRITO APLICADO

Caracterização do aluno

1. Qual a tua idade? _____ anos

☐ M

☐ F

2. Ano de escolaridade

☐ 7ºano

☐ 11ºano

Area de estudo

3. Escola que frequenta

5. Zona onde mora

Hábitos relacionados com a higiene oral

1. Escovas os dentes todos os dias?

☐ Sim

☐ Não

Se a resposta anterior for Sim,

1.1 Quantas vezes escovas os dentes por dia?

☐ 1 Vez

☐ 2 Vezes

☐ 3 Vezes

☐ Mais que 3 vezes

2. Quem controla a tua higiene oral?

☐ Eu mesmo

☐ O meu pai/ a minha mãe

☐ O meu irmão mais velho

☐ Outro. Quem

3. Quando é que lavas os dentes?

☐ De manhã, antes do pequeno-almoço

☐ De manhã, depois do pequeno-almoço

☐ Depois do almoço

☐ A seguir ao lanche

☐ Depois do jantar

☐ Outra. Quando?

4. Quanto tempo demora a escovar os dentes?

☐ Menos de 1 minuto

☐ 1 Minuto

☐ 2 Minutos

☐ 3 Minutos

☐ Mais de 3 minutos

<p>5. Usas fio dentário?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> As vezes</p> <p><input type="checkbox"/> Frequentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre</p>	<p>6. Já foste a um dentista?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se a resposta anterior for <u>sim</u>,</p> <p>6.1 Quando foi a ultima vez?</p> <p><input type="checkbox"/> Há uma semana</p> <p><input type="checkbox"/> Há menos de um mês</p> <p><input type="checkbox"/> Há um mês</p> <p><input type="checkbox"/> Há mais de um mês</p> <p><input type="checkbox"/> Há menos de um ano</p> <p><input type="checkbox"/> Há um ano</p> <p><input type="checkbox"/> Há mais de um ano</p>
<p>7. Costumas usar escova de dentes de outras pessoas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Se a resposta anterior for <u>sim</u>,</p> <p>7.1 Quando?</p> <p><input type="checkbox"/> Quando durmo na casa de um familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Quando a perco</p> <p><input type="checkbox"/> Quando viajo</p> <p><input type="checkbox"/> Outra _____</p>
<p>8. Já tiveste dores nos dentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>9. Sangras quando escovas os dentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>10. Tens cárie (manchas pretas no dentes)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	

Hábitos relacionados com a alimentação

<p>1. Comes na cantina escolar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>2. O que costumás comer nos intervalos?</p> <p><input type="checkbox"/> Salgados</p> <p><input type="checkbox"/> Doce</p> <p><input type="checkbox"/> Fresquinh</p> <p><input type="checkbox"/> Refrigerantes (coca-cola, fanta, supirinha, sprite).</p>
<p>3. Gostas de pastilha elástica, “xupa-xupa”, rebuçados (<i>drops</i>)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se a resposta for <u>sim</u>,</p> <p>3.1 Com que frequência comes pastilha elástica, “xupa-xupa” e rebuçados?</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os dias</p> <p><input type="checkbox"/> Fim-de-semana</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente</p>	<p>4. Quantas refeições tomas por dia em casa?</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 3</p>
<p>4.1 Quais?</p> <p><input type="checkbox"/> Pequeno-almoço</p> <p><input type="checkbox"/> Almoço</p> <p><input type="checkbox"/> Jantar</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche de manhã</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche da tarde</p>	<p>5. Quantas refeições tomas por dia na rua?</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 3</p>

<p>Se a resposta anterior for igual ou superior à uma (1),</p> <p>5.1 Quais?</p> <p><input type="checkbox"/> Pequeno-almoço</p> <p><input type="checkbox"/> Almoço</p> <p><input type="checkbox"/> Jantar</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche de manhã</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche da tarde</p>	<p>6. Como gostas de beber os líquidos?</p> <p><input type="checkbox"/> Mornos</p> <p><input type="checkbox"/> Gelados</p> <p><input type="checkbox"/> Naturais</p>
<p>7. Que sumos preferes beber?</p> <p><input type="checkbox"/> Com gaze <input type="checkbox"/> Sem gaze</p>	<p>8. Que tipo de alimentos gostas mais?</p> <p><input type="checkbox"/> Quentes <input type="checkbox"/> Frios</p>
<p>9. Costumas misturar alimentos frios com alimentos quentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Se a resposta anterior for <i>sim</i>,</p> <p>9.1 Quando?</p> <p><input type="checkbox"/> Pequeno-almoço</p> <p><input type="checkbox"/> Almoço</p> <p><input type="checkbox"/> Jantar</p> <p><input type="checkbox"/> Lanches</p>

ANEXO V

CONTEÚDO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DIRIGIDO AOS ALUNOS

Saúde Oral



Discentes:
Andrea Évora
Ilody Fortes

06/07/2013

1

Saúde Oral

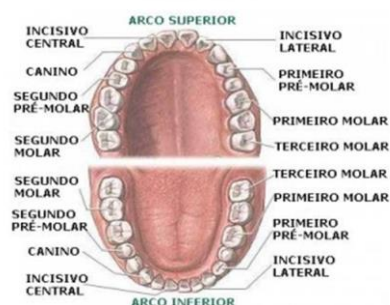
“Saúde oral é quando o indivíduo se encontra livre de dor e de neoplasia da cabeça e pescoço, sem lesões dos tecidos moles, sem alterações de fenda ou lábio palatino e lesões de outras patologias que afectam a cavidade oral, dentes e tecidos crâneo-faciais” (Rodrigues, 2008: 28).

“Inclui as estruturas da cabeça e pescoço cujas funções são muito importantes uma vez que fazem parte da nossa essência como ser humanos. Permitem-nos falar, sorrir, suspirar, beijar, cheirar, saborear, tocar, mastigar e engolir, chorar de dor e transmitir um mundo de sentimentos e emoções através de expressões faciais. Este complexo também nos dá a protecção contra infecções microbianas e agressões ambientais” (Regra, cit in Rodrigues, 2008: 28).

06/07/2013

2

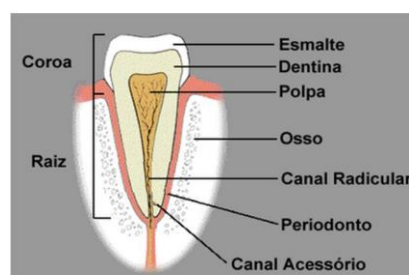
Arco Oral



06/07/2013

3

Anatomia Dentária



06/07/2013

4

Dentição

Tem duas fases:

Dentição temporária- dentição de leite porque se desenvolve na fase lactente da criança (1 mês a 1 ano de idade).

A dentição definitiva- começa a desenvolver por volta dos 5 anos de idade e é formado por 32 dentes.

06/07/2013

5

A língua

De acordo com Seeley, Stehens e Tate (2003) é “um músculo importante na articulação das palavras e por isso fundamental na comunicação verbal. Permite-nos distinguir os sabores entre amargo, salgado, doce, ácido (paladar).

Faz parte do sistema digestivo e tem funções bastante importantes na realização do bolo alimentar. A língua tem a função de ajudar a:

- ✓ Mastigar;
- ✓ Triturar os alimentos;
- ✓ Deglutir os alimentos.

06/07/2013

6

Problemas de Saúde Oral

06/07/2013

7

Cárie dentária:

O principal inimigo dos nossos dentes.

Consiste numa doença infecciosa transmissível e prevenível provocada por bactérias que formam a placa bacteriana na superfície dos dentes.

O aspecto da cárie dentária e as suas consequências:

- ✓ Mancha escura;
- ✓ Dor, que aumenta sempre que o dente entra em contacto durante o processo de mastigação com alimentos doces, quente ou frio;
- ✓ Mau hálito;
- ✓ Perda do dente.

06/07/2013

8

Cárie Dentária



06/07/2013

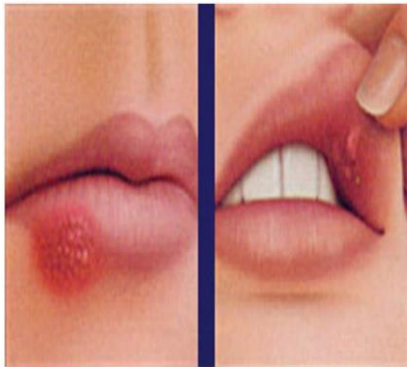
Outros problemas:

- Herpes;
- Candidíase oral
- Aftas;
- Gengivite (às vezes com sangramento).

06/07/2013

10

Herpes Simples



06/07/2013

11

Candidíase



06/07/2013

12

Afta lingual



06/07/2013

13

Causas

06/07/2013

14

Má alimentação!

- **Doces** (bolos, rebuçados, chocolates; xupa-xupa; pastilhas elásticas; pipocas; donetes);
- **Gelados** (fresquinha);
- **Refrigerantes** (Coca-cola; Sprite; Fanta; Suprinha);

06/07/2013

15

Erros frequentes:

- **Má higiene oral!**
(Não escovar correctamente os dentes e a língua; não escovar os dentes);
- Usar a escova de outras pessoas;
- Beijar os bebés na boca;
- Soprar a comida das crianças para a arrefecer;
- Partilhar garrafas e copos usados (*sem lavar*);

06/07/2013

16

Consequências

- **Interação Social** afectada;
 - ✓ Relacionamentos (namoro);
 - ✓ A **comunicação** com outras pessoas;
- Problemas no aparelho digestivo (no esófago, no estômago e nos intestinos);
- Gastos dispendiosos no tratamento;

06/07/2013

17

06/07/2013

18

A escovagem correcta dos dentes

Manter a saúde dos dentes!

Porque se a eliminação da placa bacteriana (restos de comida e germes que se depositam nos dentes) não for feita diariamente, os micróbios formam cáries e vão destruindo os dentes (Dias e Miranda, 1991).

06/07/2013

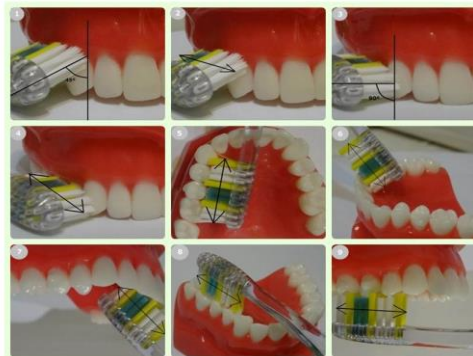
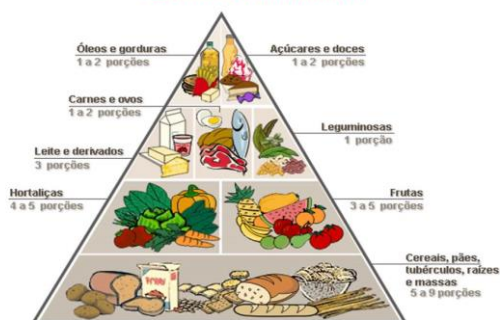
21

Prevenção dos problemas de saúde oral

06/07/2013

19

Alimentação saudável



06/07/2013

22



Escolha da escova de dentes

- O **tamanho** deve ser adequado à boca de quem a utiliza.
- A **textura** deve ser macia ou média.
- **Substituição:** Deve ser substituída quando as cerdas começam a ficar deformadas (recomendação: 3 em 3 meses).

06/07/2013

23

Utilização do Fio Dental


É um fio (ou fita, que é um pouco mais larga e achatada) constituído por múltiplos filamentos.

Serve para remover a placa bacteriana que se acumula nos espaços entre os dentes, onde a escova não chega, prevenindo assim o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.


06/07/2013

24


1



2



3



Modo de utilização do fio dental

1. Retira-se cerca de 40 cm de fio dentário da caixa.
2. Enrola-se quase a totalidade do fio no dedo médio de uma mão e uma pequena porção no dedo médio da outra mão. À medida que se vai utilizando, desenrola-se o fio de um dedo e enrola-se no outro.
3. É importante utilizar sempre fio dentário limpo em cada espaço interdentário. Os polegares e os indicadores ajudam a manuseá-lo.
3. Introduz-se o fio, cuidadosamente, entre dois dentes e curva-se à volta do dente que se está a limpar, fazendo com que tome a forma de um "C".
4. Executam-se movimentos curtos, horizontais, desde o ponto de contacto entre os dois dentes até ao sulco gengival, em cada uma das superfícies dentárias desse espaço.
5. Procede-se da mesma forma até que todos os dentes estejam devidamente limpos.

Visitar um dentista


1º) É muito importante que façam a 1ª visita enquanto crianças!

Aos 3 anos vai condicionar a saúde oral da criança. Se não existirem problemas, os controlos podem ser semestrais ou anuais. Quando os dentes definitivos começam a surgir, os controlos devem ser no mínimo semestrais. (Cordeiro, 2005)

2º) Consultas periódicas (recomendação: 6 em 6 meses)

Conselhos úteis!!

- ✓ Escova os dentes 3 vezes ao dia (pelo menos). Não te esqueças de escovar a língua.
- ✓ Não escovas os dentes logo após o consumo de refrigerantes, pois tal procedimento desgasta o esmalte e, com o tempo, faz com que desapareça. Deixa passar pelo menos 15 minutos e só depois escova os dentes.
- ✓ Não beijos os bebés na boca;
- ✓ Não palites os dentes;
- ✓ Nas mastigues gelo e outros alimentos muito duros



Muito obrigada!

Bibliografia

CHEERS, Gordon (2006). *Atlas do corpo humano: para conhecer o nosso corpo e saber como funciona.* Lisboa, Centro editor.

DIAS, Alessandra & MIRANDA, Antonieta (1991). *Colecção Era uma vez o corpo humano: os dentes.* 2ª edição, Lisboa, Planeta Agostini.

RODRIGUES, Carla (2008). Comportamentos, hábitos e conhecimentos de saúde oral das crianças: percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Lisboa [on-line], www.repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/716/1/LC411.pdf, 18/04/13

<http://www.ionline.com.br/como-evitar-carie/> , 26-01-13

www.dgidec.minedu.pt/saudeoral/programanacionalsaudeoral, 19/11/12